

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

317

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE JEUDI 28 AVRIL 1898, A 1 HEURE

Par Henry BARNSEY

ANCIEN INTERNE EN CHIRURGIE DES HOPITAUX DE PARIS

Appendicite et Annexite

COEXISTENCE DES DEUX AFFECTIONS

PATHOGÉNIE - SYMPTOMES - TRAITEMENT

Président de la Thèse : M. BERGER, professeur.

Juges : { MM. GRANCHER, professeur.
NÉLATON et MARFAN, agrégés.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, rue Racine, 3

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE JEUDI 28 AVRIL 1898, A 1 HEURE

Par **Henry BARNSBY**

ANCIEN INTERNE EN CHIRURGIE DES HOPITAUX DE PARIS

Appendicite et Annexite

COEXISTENCE DES DEUX AFFECTIONS

PATHOGÉNIE - SYMPTOMES - TRAITEMENT

Président de la Thèse : M. BERGER, professeur.

Juges : { MM. GRANCHER, professeur.
NÉLATON et MARFAN, agrégés.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, rue Racine, 3

1898



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.

Professeurs.....

MM.

FARABEUF.
Ch. RICHET.
GABRIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD.
{ DEBOVE.
HUTINEL.
LANNELONGUE.
CORNIL.
MATIAS DUVAL.
TERRIER.
POUCHET.
LANDOUZY.
PROUST.
BROUARDEL.
LABOULBÈNE.
CHANTEMESSE.
{ POTAIN.
JACCOUD.
HAYEM.
{ DIEULAFOY.
GRANCHER.
FOURNIER.

JOFFROY.
RAIMOND.
{ DUPLAY.
LE DENTU.
TILLAUD.
BERGER.
PANAS.
GUYON.
{ BUDIN
PINARD

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie comparée et expérimentale.....

Clinique médicale.....

Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....
Clinique des maladies nerveuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....

Clinique des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements.....

Agrégés en exercice :

MM.

ACHARD.
ALBARRAN.
ANDRÉ.
BAR.
BONNAIRE.
BROCA.
CHARRIN.
CHASSEVANT.
Pierre DELBET.
FAUCONNIER.

MM.

GAUCHER.
GILBERT.
GILLES DE LA TOURETTE
GLEY.
HARTMANN.
HEIM.
LEJARS.
LETULLE.
MARFAN.
MARIE.

MM.

MÉNÉTRIÉR.
NELATON.
NETTER.
POIRIER chef des
travaux anatomiques.
RETTERER.
RICARD.
ROGER.
SEBILEAU.
THIÉRY.

MM.

THOINOT.
TUFFIER.
VARNIER.
WALTHER.
WEISS.
WIDAL.
WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR S. POZZI

Professeur agrégé 1

Chirurgien de l'Hôpital Broca

MON CHER MAITRE,

Permettez-moi de vous dédier ce modeste travail; je l'aurais voulu plus digne du maître qui l'a en partie inspiré et à qui je dois tant, mais, malgré ses nombreuses imperfections, j'ose espérer de votre bonté que vous voudrez bien l'accepter en témoignage d'une affectueuse et profonde reconnaissance.

H. BARNSEY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Que je ne saurais trop remercier de la haute bienveillance dont il a fait
preuve à mon égard en toute circonstance.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE TOURS

A MON PÈRE

Professeur d'Histoire Naturelle
Directeur de l'Ecole de Médecine

HOMMAGE DE MON RESPECT FILIAL.

A MON PREMIER ET VÉNÉRÉ MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DUCLOS

Professeur Honoraire de Clinique Médicale
(Internat 1890-91)

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS THOMAS

Professeur de Clinique chirurgicale

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEDOUBLE

Professeur d'Anatomie

A MONSIEUR LE DOCTEUR BODIN

Professeur de Thérapeutique

A MONSIEUR LE DOCTEUR HIPPOLYTE THOMAS

Professeur de Clinique Médicale

A MONSIEUR LE DOCTEUR O. HERPIN

Professeur de Pathologie externe

A MONSIEUR LE DOCTEUR MEUNIER

Professeur de Pathologie interne

A MONSIEUR LE DOCTEUR THIERRY

Professeur de Clinique obstétricale

REMERCIEMENTS AFFECTUEUX

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

ET

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

(Stage 92-93)

MONSIEUR LE DOCTEUR BOURCY

Médecin de l'Hôpital Tenon

(Externat 94-95)

MONSIEUR LE DOCTEUR ROGER

Médecin de l'Hôpital d'Aubervilliers

(Internat 95)

MONSIEUR LE DOCTEUR POZZI

Chirurgien de l'Hôpital Broca

(Internat 95-96)

(Internat 97-98)

MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUÉ

Chirurgien de la Maison Dubois

(Internat 96-97)

qui fut pour nous, depuis le début de nos études, un guide sûr et un maître dévoué. Nous n'oublierons pas les conseils éclairés et la part active qu'il a prise à notre travail. Nos remerciements bien affectueux lui sont acquis.

MONSIEUR LE DOCTEUR QUÉNU

Chirurgien de l'Hôpital Cochin

(Internat 98)

que je remercie sincèrement de la sympathie qu'il m'a témoignée dans les circonstances qui ont accompagné la fin de mon internat.

MESSIEURS BECLÈRE, GUINARD, LEGUEU, ARROU,
RICARD, TUFFIER

MESSIEURS GOMBAULT ET LATTEUX

qui nous ont ouvert les portes de leur laboratoire d'Anatomie pathologique

HOMMAGES RESPECTUEUX ET SOUVENIR RECONNAISSANT

INTRODUCTION

C'est durant les bonnes deux années d'internat, passées à l'hôpital Broca, aux côtés de notre cher maître le docteur Pozzi, que nous est venue l'idée première de ce travail.

Nous n'avions pas remarqué sans étonnement, au cours des nombreuses laparotomies, voie abdominale si justement en honneur dans ce beau service, non seulement la fréquence des adhérences intestinales mais aussi la fréquence des adhérences de l'appendice aux annexes droites (fait sur lequel M. Pozzi attira déjà l'attention à la Société de chirurgie, en 1890) (1).

Frappé de cette coïncidence, frappé en outre de la difficulté éprouvée pour diagnostiquer ces adhérences, nous nous sommes tout d'abord demandé si un appendice, dont la pointe seule est fusionnée avec une lésion septique des annexes, est un organe touché. Or l'observation I est venue transformer cette hypothèse en certitude et nous a servi de point de départ.

Au cours de cette laparotomie, on procéda à la résection d'un appendice, ainsi relié par son extrémité inférieure à un pyosalpinx, grâce à des adhérences extrêmement résistantes : l'examen histologique prouva qu'il existait une lésion limitée mais réelle.

Des recherches ultérieures nous montrèrent qu'à plus forte raison un appendice, englobé sur une hauteur variable dans une zone fibreuse, ou complètement enserré dans une gangue plastique péri-annexielle, était touché également et d'une certaine façon.

Nous nous trouvions donc là en présence d'appendicites à lésions un peu spéciales et à évolution particulièrement latente puisque

(1) Pozzi, *Bull. Soc. chirurg.* Tome XVI, p. 778, 1890.

le diagnostic se réduisait le plus souvent à une trouvaille de laparotomie.

C'est alors que nous avons eu l'idée de faire de cette question le sujet de notre thèse inaugurale, encouragé en cela par les conseils éclairés de deux maîtres, le docteur Pozzi et le docteur Picqué.

Après avoir montré qu'appendice et annexes sont deux organes absolument indépendants au point de vue anatomique, nous étudierons le mécanisme qui préside au retentissement réciproque des deux lésions l'une sur l'autre. De cette étude pathogénique ressortira cette conclusion : par le seul fait du contact, possible de deux façons, par suite des adhérences se formant entre un organe sain et un organe malade, il peut exister une appendicite que nous appellerons d'origine annexielle, ou complication d'une lésion septique des annexes, de même qu'il peut exister une annexite secondaire à une appendicite primitive.

C'est l'étude de la première association de lésions que nous aurons principalement en vue. La seconde n'interviendra dans notre travail que pour mettre en opposition, surtout au point de vue clinique, deux variétés d'appendicites et annexites coexistant chez les mêmes malades : formes très différentes suivant que telle ou telle affection est entrée en jeu la première et domine la scène symptomatique.

Ceci posé, nous montrerons les lésions histologiques de ces appendices secondairement touchés. Nous insisterons sur l'insidiosité de l'évolution clinique, cherchant à grouper, d'après nos observations personnelles et celles d'autres chirurgiens, un ensemble de signes positifs, ou d'indications diagnostiques, utiles et suffisantes dans la majorité des cas. Nous terminerons en montrant quand et comment on doit intervenir dans ce cas particulier.

Nous serons bref sur l'historique de la question. Nous avons préféré le faire, chemin faisant, à propos de chaque chapitre. Nous nous contenterons seulement de dire qu'il s'agit là d'un sujet relativement récent. Avant 1890, il n'en est pour ainsi dire pas parlé. Ce n'est que depuis qu'on connaît bien l'appendicite chronique, depuis que l'on a assisté aux méfaits possibles de ces lésions latentes et trompeuses, qu'on s'est occupé de la question.

Aujourd'hui surtout que les anatomo - pathologistes, avec M. Letulle, prétendent que ce sont ces appendices-là les plus dangereux, les plus exposés aux complications graves, cette association de lésions n'en devient que plus intéressante et importante à connaître pour le chirurgien.

ANATOMIE

La situation variable de l'appendice vermiforme chez la femme par rapport à la cavité pelvienne et plus spécialement au contenu du ligament large droit (ovaire et trompe) ; la recherche des liens anatomiques (ligament et vaisseaux) qui unissent ces organes entre eux : telles sont, bien posées, les deux seules questions que nous voulons étudier dans ce chapitre d'anatomie.

I. Situation de l'appendice par rapport aux annexes droites

Le cæcum, ou portion initiale du gros intestin, est situé immédiatement au-dessous du point d'abouchement de l'iléon dans la fosse iliaque droite : c'est sa situation habituelle ou iliaque moyenne.

Mais ce siège est loin d'être constant. Tantôt, en effet, on le trouve en situation haute, lombaire, prérénale ou sous-hépatique, tantôt derrière l'ombilic, au-dessus de la symphyse pelvienne, dans la fosse iliaque gauche, tantôt enfin en situation basse ou pelvienne, cas où l'organe peut toucher le plancher pelvien, se placer dans la cavité de Douglas, derrière et à droite de l'utérus ; tantôt moins profondément il entre en contact avec le ligament large ou le fond de l'utérus.

De la paroi postéro-interne du cæcum, à 2 ou 3 centimètres au dessous de l'angle iléo-cæcal, naît un petit diverticule dont la situation est bien changeante encore ; c'est l'appendice vermiforme. Tout est essentiellement variable dans cet organe. Sa forme est cylindrique, fusiforme ou sphérique ; sa direction, rectiligne ou plus ou moins flexueuse ; sa longueur, qui normalement est de

6 à 12 centimètres, peut varier de 3 centimètres (Lafforgue) à 23 centimètres (Luschka) ; son diamètre varie de 3 à 7 millimètres jusqu'à 2 à 4 centimètres (Gérolde) ; son calibre enfin est tantôt uniforme, tantôt irrégulier ou bosselé.

Mais rien n'est plus variable et plus important à connaître en pratique que sa situation et, comme le dit Poirier (1), il faut méconnaître l'extrême variabilité de siège de l'appendice pour chercher un point précis de la paroi antérieure de l'abdomen auquel répondrait toujours l'appendice (ligne de Mac. Burney). Quand l'organe malade est dans la fosse iliaque, la zone douloureuse circonscrite peut exister ; mais quand l'appendice a fui, c'est ailleurs qu'il faut chercher le point sensible.

Rattaché au cæcum, il suit cet organe dans ses migrations et toutes les situations, énumérées pour le cæcum, sont vraies pour l'appendice.

Supposons maintenant le cæcum en position iliaque moyenne, l'appendice lui est rattaché ainsi qu'à l'iléon et au mésentère iléal par deux ligaments : le méso-appendice et le repli iléo-appendiculaire, assez longs en général pour permettre encore au diverticule de se déplacer seul en tous sens.

Quelles sont donc maintenant les positions que l'appendice peut occuper vis-à-vis de ces organes supposés relativement fixes ? Sa situation est variable : pré-cæcale, latéro-cæcale, rétro-cæcale, sous-cæcale ; et c'est là, celle qui va nous arrêter un instant.

On entend par situation sous-cæcale celle où l'appendice pend au-dessous et à gauche du cæcum, celle où la pointe de l'organe déborde plus ou moins le bord du détroit supérieur.

Un degré de plus et l'appendice plonge dans le pelvis, son extrémité inférieure vient se mettre en contact, soit avec le fond de l'utérus, soit avec le bord supérieur du ligament large, soit avec sa face postérieure, soit avec l'ovaire et la trompe : c'est la *situation pelvienne*. Or cette situation est plus fréquente chez la femme que ne le disent les statistiques déjà publiées, et nous chercherons à baser notre affirmation sur des faits.

Clado (2) est le premier qui, dès 1892, mentionna la fréquence de la situation descendante de l'appendice chez la femme, avec pénétration dans le bassin, mais il ne donne pas de chiffres.

(1) POIRIER, *Traité d'Anat.* Tome IV, page 317.

(2) CLADO. — *Société de Biologie* 1892.

A côté de lui, nombre d'auteurs ont publié des statistiques, mais ces dernières portent à la fois sur l'homme et la femme.

Fergusson (1) a trouvé sur 200 cadavres : 44 fois l'appendice descendant vers le bassin.

Pour Lafforgue (2), cette direction descendante se rencontrerait dans 41, 5 0/0 des cas et dans 20 0/0 atteindrait le petit bassin.

D'après Bérard de Lyon (3), l'appendice pénétrerait dans le bassin 29 fois sur 86, ce qui fait une moyenne de 30, 7 0/0.

Nous donnerons maintenant le résultat complet d'une statistique personnelle, déjà publiée à la Société anatomique (4).

Nos recherches sont basées actuellement sur 127 cas (femmes) : 106 cas se rapportent à des femmes adultes ;

12 à des femmes âgées ;

9 à des fœtus de 7 à 8 mois ou à des nouveau-nés.

Sur le fœtus et le nouveau-né, l'appendice a été trouvé 3 fois seulement en position basse.

Sur la femme âgée, l'appendice a été retrouvé 8 fois plongeant dans le bassin, mais, sur les 8 cas, il en faut noter 3 où il existait une descente de la cupule cœcale dans le pelvis.

Sur les 106 cas, observés chez l'adulte, l'appendice a été trouvé 63 fois en position descendante — sous cœcale. — Sur ces 63 cas on a noté 34 fois la pénétration dans le bassin et rapports variés soit avec le fond de l'utérus la vessie et le rectum, mais surtout avec la partie postéro-supérieure du ligament large. Nous avons remarqué de plus une plus grande fréquence de contact entre l'appendice et la trompe (partie externe) qu'entre l'appendice et l'ovaire.

En résumé :

Situation sous-cœcale, 59,4 0/0

Situation pelvienne proprement dite. 32 0/0

Dans tous les cas observés (sauf 4) il n'existait pas de descente totale du cæcum. Cet organe n'était pas évidemment toujours situé en pleine fosse iliaque, il tendait à déborder le plus souvent le bord du détroit supérieur surtout chez les multipares, où il existe constamment un relâchement plus ou moins grand des ligaments péritonéaux, mais en général, dans nos observations, il s'est agi de

(1) FERGUSON. — *Americ jour.* New York. 1891 p. 61.

(2) LAFFORGUE. — *Journal Internat d'Anat.* 1893. p. 141.

(3) BÉRARD. — *Thèse Dormoy*, Lyon 1891 p. 11.

(4) BARNSBY. — *Soc. Anatomique* 8 janvier 1898.

déplacements exclusifs de l'appendice, le cæcum restant à peu près en place.

Nous ne voulons pas nous étendre ici sur les hypothèses nombreuses (forme du bassin chez la femme, port du corset, grossesses répétées, constipation, etc.) qui ont été émises pour expliquer la fréquence de cette situation pelvienne. Nous constatons un fait avec observations à l'appui et voilà tout.

De tous les cadavres examinés, nous avons excepté ceux où il existait une lésion des annexes et du ligament large. Nous tenons à insister sur ce point pour, répondre à l'explication donnée par Terrillon (1) sur la fréquence de la situation pré-annexielle.

« L'appendice, comme le cæcum, dit-il, est entraîné en bas par le ligament large raccourci et rétracté consécutivement à une inflammation ».

Or nos observations démontrent que cette situation anormale de l'appendice est possible sans lésion annexielle. La rétraction du ligament large peut constituer parfois une cause adjuvante mais n'est point la cause déterminante habituelle.

II. Existe-t-il des liens anatomiques entre l'appendice, d'une part, et les annexes de l'autre ?

Clado (2) l'affirme et décrit un véritable ligament qu'il nomme : ligament appendiculo-ovarien.

Avant d'en donner la description complète, revenons en arrière et voyons ce que les anatomistes anciens ont écrit sur la question.

En Allemagne, Hassé (3) parle d'un repli péritonéal réunissant pavillon de la trompe et extrémité externe de l'ovaire au milieu de la paroi latérale du détroit supérieur.

Schultze (4) lui assigne la même forme mais recule son insertion à la paroi pelvienne et au tiers postérieur de la paroi du bassin.

En France, Rouget (5), recherchant la solution de continuité et comparant ce qui se passe sur les animaux, où on trouve un véritable ligament rond supérieur, constate que ce ligament existe chez la femme. Ce ligament rond supérieur (ligament infundibulo-

(1). TERRILLON. — Salpingites et ovarites.

(2). CLADO — *Loco Citato*.

(3). HESSÉ — *Arch. fur. gynec.* BD VIII p. 402.

(4). SCHULTZE. — *Arch. fur gynec.* IX p. 802.

(5). ROUGET. — *Jour. Brown Seq.* 1858.

pelvien du Henlé) naît en haut du fascia transversalis au-dessus du détroit supérieur. Il descend parallèlement aux vaisseaux ovariens qu'il recouvre et entoure en grande partie. A son entrée dans le ligament large, les faisceaux musculaires qui le composent s'épanouissent en membrane sur le feuillet postérieur et là, tandis que les fibres externes vont vers la face postérieure du corps utérin, les moyennes vers le hile de l'ovaire et l'aileron postérieur de la trompe, les externes se rendent au pavillon de la trompe.

C'est exactement la description que donne Sappey (1) d'un ligament similaire qu'il appelle le ligament rond postérieur.

Vallin (2) dans sa thèse, est du même avis, sauf au point de vue de la terminaison de ce ligament, qu'il fait remonter très haut vers la région lombaire.

Jusque là, il n'est pas parlé de chaînon anatomique net réunissant appendice et annexes droites. Il faut arriver au mémoire de Clado, en 1892 (3), pour en trouver une description complète

« En relevant, dit-il, l'appendice iléo-cœcal, on peut voir qu'il se forme un repli péritonéal partant du méso-appendice pour aller se continuer avec le bord supérieur du ligament large. Ce repli, dit ligament appendiculo-ovarien, est falciforme, à concavité supérieure. Sa partie moyenne répond aux vaisseaux iliaques et mesure 1 à 2 cent. de hauteur.

« Ce ligament est constant chez la femme et on en trouve parfois des vestiges chez l'homme sous forme d'un petit repli qui croise les vaisseaux iliaques et se perd dans le bassin ».

Ce ligament, ajoute l'auteur, représente un organe établissant des communications lymphatiques entre ovaire et appendice.

Durand, de Lyon (4), parle à nouveau de ce ligament en 1895. Pour lui, la partie inférieure (celle qui adhère à l'appareil génital) aurait son insertion sur la trompe et son pavillon. Quant à la partie supérieure (celle en rapport avec l'appareil iléo-cœcal), il existerait quelques variations sur son point exact d'insertion :

a. Sur le méso-appendice (le plus fréquent) ;

(1) SAPPEY. *Traité d'anatomie*.

(2) VALLIN. *Thèse*. Paris, 1887.

(3) CLADO. *Loco citato*.

(4) DURAND. *Progrès médical*, n. 27, 1895.

b. Sur le péritoine enveloppant la fin de l'iléon ;

c. Exceptionnellement sur le renflement cæcal.

C'est dans ce ligament, pour l'auteur, que l'on trouve non seulement l'artère utéro-ovarienne et les plexus veineux qui l'accompagnent mais aussi les lymphatiques allant de l'utérus aux ganglions lombaires.

« Doac, dit-il, il est démontré que si, d'une part, les annexes et l'appendice sont en rapport direct par suite d'anomalie de longueur de l'organe, d'autre part ils sont en rapport constant par les lymphatiques contenus dans ce repli péritonéal. Ces vaisseaux mettent en communication les atmosphères celluluses des deux organes et permettent aux microorganismes de se transporter de l'un à l'autre ».

Ce ligament, ainsi décrit, se rapproche un peu du ligament ovaro-pelvien de Delbet (1) : repli péritonéal qui remonte le long du détroit supérieur, qui a toujours du côté droit des rapports intimes avec le méso-iliaque dans lequel il semble se perdre, et qui enfin longe l'artère et les veines utéro-ovariennes.

Les Américains, avec Binkley, Robinson, Watkins, etc., les Hollandais avec Treub, parlent aussi de ce ligament. Le seul reproche qu'on peut leur adresser est de le mentionner comme chose acquise et démontrée ; pas un ne dit l'avoir vu et constaté sur le cadavre.

Les Allemands aussi citent ce repli appendiculo-ovarien. Cott et Kruger (2) prétendent même qu'il existe une artère supplémentaire qui chemine dans ce chaînon anatomique, et qui va à l'appendice.

L'historique de la question étant terminé, exposons maintenant le résultat de nos recherches personnelles.

Nous avons examiné avec le plus grand soin 127 cadavres et nous n'avons jamais rencontré ce ligament appendiculo-ovarien tel que nous le présentent les auteurs.

L'abdomen ouvert par nous, la fosse iliaque et la cavité pelvienne mises à découvert par une incision cruciale, nous avons cherché à soulever la pointe de l'appendice, sans déplacer le cæcum. Le plus souvent libre et mobile, l'organe put être relevé de façon à montrer son insertion cæcale et son méso-appendice. Ceci fait, nous avons soulevé les annexes droites très légèrement, c'est-à-

(1) DELBET. Suppurations pelviennes.

(2) KRUGER. *Deutsche zeitsch. f. Chir.* XLV, 1897.

dire sans exercer de fortes tractions, fait très important sur lequel nous reviendrons, et nous les avons confiées à un aide, après les avoir fixées à l'aide d'une pince. Ces précautions étant prises, nous n'avons jamais constaté aucun ligament, aucun repli péritonéal net, partant du méso-appendice et allant au ligament large ou à l'ovaire.

Nous insistons sur la nécessité de ne pas exercer de tractions, car, si on tend le péritoine, si on éloigne les organes, ce n'est plus un ligament que l'on pourra décrire, mais cinq, dix et plus. On peut en créer ainsi à l'infini. Ceci est vrai pour la région qui nous occupe, vrai aussi pour la région pelvienne gauche, vrai pour tous les points recouverts par la grande séreuse.

Dans nos recherches, nous avons habituellement rencontré un repli triangulaire, désigné par Poirier sous le nom de repli mésentéro-pariétal (1), par Tuffier sous le nom de ligament inférieur du *cæcum*. En voici la description :

Son bord adhérent intestinal s'insère sur l'intestin grêle près du bord mésentérique, et, sur la paroi postéro-interne du colon ascendant et du *cæcum* derrière la racine de l'appendice. Son bord adhérent pariétal, ou base, s'insère sur la fosse iliaque et passe sur les vaisseaux utéro-ovariens, là où ils croisent les vaisseaux iliaques externes. Son sommet se perd sur le mésentère. Son bord concave, libre, regarde en bas et à gauche. Sa corne supérieure se perd également sur le mésentère. Quant à la corne inférieure elle se perd le plus souvent dans la fosse iliaque.

Ce repli n'est autre que l'insertion du mésentère à la fosse iliaque. L'appendice et son méso en restent absolument indépendants.

Mais Poirier a montré que quelquefois la corne inférieure, au lieu de se perdre dans la fosse iliaque, se perd dans la cavité pelvienne. Alors elle s'engage sur le flanc droit du pelvis en suivant les vaisseaux utéro-ovariens et se continue avec le bord supérieur du ligament large.

Or, nous avons rencontré une dizaine de fois seulement ce prolongement anormal de l'insertion iliaque du mésentère jusqu'au ligament large et on a le droit de se demander si ce n'est pas là ce qui a été pris par certains pour le ligament appendiculo-ovarien.

(1) POIRIER. Tr. d'anat. Tome IV, page 326.

Quoi qu'il en soit, disons que ce repli n'affecte aucun rapport avec l'appendicee.

Outre le ligament inférieur du cæcum, nous avons rencontré, dans six cas, des adhérences filamenteuses, reliant les annexes à l'appendicee et à la cupule cæcale. Mais dans ces cas, il existait des annexes scléro-kystiques, et assurément il s'agissait là d'adhérences pathologiques, suite de péri-salpingites anciennes.

Bref, nous concluons de tout ce qui précède non que le ligament appendiculo-ovarien n'existe pas, mais que sur 127 cas nous ne l'avons jamais rencontré et que s'il existe, il est loin d'être constant. Tout au plus, a-t-on le droit d'en faire une anomalie.

A l'appui de cette opinion, nous ajouterons que Bérard (de Lyon) ne l'a jamais rencontré sur 33 cas, non plus que Souligoux (de Paris) sur 200. Tous les anatomistes actuels gardent le silence sur la question. Farabœuf, Testut, Poirier, n'en font pas mention dans leurs ouvrages. Parmi nos grands anatomistes, nous en avons encore consulté un dont nous avons l'honneur et le plaisir d'être l'élève, c'est le docteur Ledouble de Tours. Avec sa complaisance habituelle, il a bien voulu nous donner son opinion sur la question et nous autoriser à publier le résultat de ses recherches. Sur 13 fœtus ou nouveau-nés, sur 5 femmes adultes, ce ligament n'a jamais été trouvé une seule fois.

Il nous reste une dernière question à trancher : c'est celle des communications vasculaires entre lymphatiques utéro-ovariens et appendiculaires.

Clado déclare que son ligament appendiculo-ovarien représente un trait-d'union lymphatique entre les deux territoires, que, par son intermédiaire, les lymphatiques de l'appendice rejoignent ceux du ligament large. Il appuie son dire sur deux observations seulement où il a trouvé une communication. Nous n'insisterons pas sur ce point puisque nous n'admettons pas l'existence du lien anatomique. Mais nous nous sommes demandé s'il n'existait pas des troncs lymphatiques sous-séreux, des anatomoses sous-péritonéales entre ces deux réseaux.

Nous avons commencé par une série d'injections de lymphatiques sur des enfants et sur des adolescentes, en employant des matières colorantes. Toutes ont été négatives. Malgré cela, nous n'avons pas voulu nous faire une opinion sur ces cas qui n'étaient pas à l'abri de toute critique de technique. Nous avons alors entre-

pris des recherches nouvelles sur des fœtus macérés, en employant le mercure. Malheureusement ce sont là des recherches longues, pleines de déceptions quand on veut atteindre le but. De toutes nos préparations, nous n'en voulons retenir actuellement que deux parfaitement réussies. Elles sont nettement négatives, et ne révèlent aucune communication apparente entre lymphatiques. Une publication ultérieure fera connaître la suite de ces travaux que nous désirons baser sur un plus grand nombre d'observations.

Bref, à part deux cas positifs, voilà tout ce que nous possédons de précis sur ce sujet. Aucun anatomiste n'en parle ; Sappey lui-même, le chercheur de lymphatiques, n'en fait pas mention. C'est donc là une communication qui n'est pas démontrée, que l'on ne peut pas appeler normale, régulière, et sur laquelle on n'a pas le droit d'étayer la pathogénie de la double lésion ; appendicite et annexite.

RÉSUMÉ

1° *La situation pelvienne de l'appendice chez la femme, le contact de la pointe de l'organe avec la partie postéro-supérieure du ligament large sont fréquents. (Statistique personnelle : 32 0/0).*

2° *Le ligament appendiculo-ovarien n'existe pas. Du moins, s'il existe, ce n'est qu'à titre d'anomalie, et encore peut-on se demander s'il ne s'agit pas, dans ces cas, soit du prolongement anormal de l'insertion iliaque du mésentère vers le ligament large, soit d'adhérences pathologiques anciennes.*

3° *Ces anastomoses lymphatiques directes et normales entre vaisseaux appendiculaires et utéro-ovariens semblent négatives ou sont tout au moins insuffisamment démontrées.*

PATHOGÉNIE

Bien des théories ont été invoquées pour expliquer la coexistence de ces deux affections, mais on peut affirmer qu'actuellement le mécanisme du retentissement réciproque des deux lésions l'une sur l'autre est encore à l'état hypothétique.

Nous passerons toutes ces opinions une à une en revue, en insistant sur celle qui mérite, à notre avis, le plus de crédit, ou mieux, sur celle qui résume le plus grand nombre de faits.

L'hypothèse la plus simple, celle qui tourne tout de suite la difficulté, est celle émise par Bouilly (1), dans son étude si intéressante sur l'appendicite et l'annexite. « Ne peut-on pas soutenir, dit-il, que, dans une observation au moins, il y a simplement coïncidence dans la présence des lésions sans rapport de cause à effet? Il n'y a pas de bon argument pour démontrer le contraire ». Cette opinion ne résout pas le problème en entier, mais le fait est logique. Certes, ces cas doivent être rares, mais il est impossible de mettre leur authenticité en doute, le bon sens l'exige.

Une seconde hypothèse, séduisante au premier abord, est celle de l'infection par continuité, à la faveur du réseau lymphatique contenu dans le ligament appendiculo-ovarien. Ce chaînon anatomique serait le trait d'union naturel entre les deux affections. Grâce à ces anastomoses lymphatiques directes, telle appendicite provoquerait une annexite ; telle annexite produirait une appendicite. Ainsi s'expliquerait tout naturellement la coexistence des deux lésions, ainsi s'expliquerait, comme le dit Clado (2), la mar-

(1) BOUILLY. *Sem., Gynéc.*, 1897, page 324.

(2) CLADO. *Soc. de Biologie*, 1892.

che des agents microbiens et des fusées purulentes du ligament large vers le cæcum ou vice versa.

Cette théorie, captivante par sa simplicité, et c'est là certainement ce qui l'a fait adopter si généralement, doit être écartée d'emblée, d'après les conclusions de notre premier chapitre, qui montrent combien ses bases sont illusoires. Néanmoins, il était indispensable de l'exposer brièvement pour être complet.

Avant d'en finir avec cette opinion, nous répondrons à ses partisans que, même en admettant ces connexions anatomiques, on ne s'explique pas la rareté de cette double affection, surtout en songeant à la fréquence de l'annexite qui devrait retentir plus souvent sur l'appendice. D'autre part, partant de cette idée, on se demande pourquoi une appendicite rétro-cæcale par exemple, ne coexisterait pas avec une salpingo-ovarite, la communication vasculaire étant la même, et pourquoi au contraire on ne rapporte guère que des exemples d'appendicites sous-cæcales ou pelviennes coïncidant avec une salpingite, c'est-à-dire des cas où il y a rapprochement entre ces deux organes. Ce contact est un point capital, comme nous le verrons. Enfin, comment s'expliquer, étant données ces relations, qu'un appendice malade vienne adhérer à la paroi antéro-latérale de l'utérus, vienne former là un abcès péri-appendiculaire sans que les annexes, reliées au diverticule par un ligament dit appendiculo-ovarien et des vaisseaux, soient touchés en quoi que ce soit (Observ. XXXIII).

Treub, d'Amsterdam (1), a repris cette théorie et s'en est fait le défenseur. Sans nous parler de ses recherches personnelles sur la question, il se base sur les données anatomiques de Clado pour affirmer que l'appendicite est moins grave chez la femme, grâce à l'écoulement facile des produits infectieux qui passent des lymphatiques appendiculaires dans les lymphatiques du ligament large.

L'auteur ajoute que le rôle de déversoir des produits inflammatoires et microbiens de l'appendice que joue le ligament large, explique que souvent l'appendicite doit occasionner une paramétrite, c'est-à-dire un œdème inflammatoire du ligament large. De sorte que, dans l'étiologie des paramétrites, on devra accorder une large place à l'appendicite. Il rapporte six observations dans

(1) TREUB, *Rev. de Gyn. et Chirurg. abd.* — Mars-avril 1897.

lesquelles il s'efforce de nous montrer des exemples de paramétrites d'origine appendiculaire, mais il ne s'agit que de diagnostics cliniques auxquels manque la confirmation par l'intervention. Il en rapporte une septième où l'opération fut pratiquée pour enlever un appendice, cause d'une paramétrite. Or, dans ce cas, l'opérateur dut enlever les annexes également malades. Nous ne voyons pas là une preuve de son opinion, et on peut se demander quelle est la part qui revient dans l'étiologie à l'appendice et celle qui revient aux annexes.

De plus, pour expliquer cette opinion il faudrait des connexions lymphatiques qui ne sont encore qu'hypothétiques, et alors même qu'elles existeraient, n'est-il pas étonnant de ne pas voir plus souvent des abcès paramétriques suppurés dans les cas de collections appendiculaires ?

Disons enfin que Delbet considère ces paramétrites comme rares, Roux, de Lausanne, n'en cite qu'un cas, Richelot déclare n'en avoir jamais rencontré dans sa longue pratique.

En réalité, la vraie cause de la paramétrite se trouve dans une infection par des staphylocoques et streptocoques. L'occasion d'une telle infection est donnée par un accouchement ou un avortement. Il convient donc de laisser la paramétrite aux annexes et à ses agents pathogènes et de laisser la péri-appendicite au colibacille. Les deux lésions peuvent évoluer ensemble comme nous le verrons plus loin.

Nous arrivons maintenant à une troisième théorie qui a le grand mérite d'être basée sur une loi de pathologie générale et sur des faits.

Certains auteurs ont résolu la question en disant ; il n'y a pas d'infection par continuité à la faveur d'anatomoses normales mais infection par contiguité à la faveur d'un réseau lymphatique de nouvelle formation. Des adhérences se forment entre un pyo-salpinx par exemple, et un appendice sain, ou bien entre un foyer appendiculaire et des annexes normales. Ces néo-membranes de péritonite plastique s'organisent, elles ne tardent pas, comme le dit M. Pozzi (1), se basant sur les recherches de Poirier, à contenir des vaisseaux et une atmosphère perivasculaire à travers lesquels les microbes, hôtes habituels de l'intestin, peuvent passer librement. Le lien qui rattache l'une à l'autre ces deux affections est dès

(1) Pozzi. *Bull. Soc. chirurgie*, t. xvi, 1890. p. 779.

lors établi. Le processus de cette infection consiste donc dans la formation de néo-membranes et par leur intermédiaire de néo-anastomoses lymphatiques.

Certains auteurs sont partis de cette théorie pour admettre une salpingite d'origine intestinale. C'est M. Pozzi (1), le premier, qui a émis cette opinion.

Il observa trois cas, où, en l'absence de toute autre étiologie, l'infection des trompes paraissait remonter manifestement à une ancienne lésion de l'intestin et à l'appendice cœcal enflammé. Nous ne discuterons pas cette hypothèse qui est vraisemblable, qui est dictée par une loi de pathologie générale : formation de neoanastomoses vasculaires dans les adhérences unissant deux organes enflammés. Nous savons, en effet, qu'à côté de ces cas de salpingites d'origine intestinale pure, il existe des cas d'infection possible de pyo-salpinx blennorrhagiques ou puerperaux par le tube digestif. Schauta (1 fois), Hartmann et Morax (1 fois), Raymond (6 fois), Girod (2 fois), Jayle (6 fois) et d'autres encore ont rencontré le *bacterium coli* commune dans les salpingites suppurées d'origine nettement blennorrhagique ou puerpérale ayant contracté des adhérences avec diverses portions de l'intestin.

Dans l'observation XXVII où il existait une appendicite suppurée et une salpingite droite également suppurée. Le *bacterium coli* commune a été retrouvé des deux côtés à l'état de pureté.

Dans l'observation XXVI on trouve, et dans le pus appendiculaire et dans le pus salpingien, le *coli* et le streptocoque associés.

Voilà des exemples qui prouvent la possibilité d'une infection salpingienne consécutive à une appendicite. La bactériologie prouve qu'il y a eu fusée microbienne du premier vers la seconde par voie lymphatique de nouvelle formation. Ces faits semblent correspondre en clinique aux cas rares où il y a collection appendiculaire et suppuration salpingienne droite, c'est-à-dire nettement unilatérale.

Ce qui prouve encore que la trompe droite n'a été atteinte que secondairement, que c'est l'appendice le coupable, c'est d'une part l'anatomie, et de l'autre la clinique.

La lumière centrale de la trompe gauche, son orifice intra-utérin sont plus larges que ceux de la trompe droite (2). Donc,

(1) POZZI, *loc. citat.*

(2) BINKLEY, *Americ. J. Obst. F. N. Y.* XXIV. 1894.

anatomiquement parlant, une infection utérine aura tendance à gagner la trompe gauche de préférence à la droite, c'est-à-dire à pénétrer par la plus grande porte. Si la lésion doit être isolée, c'est à gauche qu'elle siègera. Si elle doit être bilatérale, elle siège dans la grande majorité des cas à gauche puis à droite. Les américains, avec Binkley surtout, insistent tous avec raison sur ce détail anatomique et la clinique vient confirmer le fait avancé.

En effet, quand il s'agit de lésion septique des annexes, n'est-on pas frappé de la fréquence du début de la douleur à gauche? Le maximum des symptômes et des lésions se trouve de ce côté, la partie droite n'est atteinte que secondairement. Ce n'est pas là une règle, mais la chose est trop fréquente pour que quiconque n'ait pu le remarquer.

A côté de ces cas où une appendicite infecte une trompe, en est-il où la fusée microbienne a lieu de la trompe vers l'appendice toujours par néo-anastomoses; existe-t-il des observations dans lesquelles le microscope puisse déceler dans l'appendice le microbe hôte de la trompe? Il n'y a aucune bonne raison pour mettre obstacle à cette hypothèse.

Hunter Robb rapporte une observation (Obs. XXII) où des cultures et préparations sur lamelles, provenant de la trompe droite et de l'appendice, obtenues immédiatement après l'opération, donnèrent des cultures pures de streptocoques pyogènes, le même strepto étant retrouvé dans le pus de la trompe gauche.

L'appendicite à streptocoques, sans coli-bacille, existe, mais elle est rare, de plus la présence du même agent pathogène à gauche semble en faveur de l'infection appendiculaire d'origine annexielle.

W. Duncan (1) admet, lui aussi, non-seulement la salpingite d'origine intestinale, mais il prétend en outre que l'infection utéro-annexielle, franchissant l'orifice abdominal de la trompe, peut donner lieu à une variété gonococcique possible de l'appendicite. Nous ne connaissons point de faits assez probants pour appuyer cette opinion.

Quoi qu'il en soit, cette théorie d'infection par contiguïté est soutenable, elle est basée sur des faits bactériologiques nets. Elle peut expliquer certains cas, mais elle ne les résume pas tous; elle laisse sans solution par exemple les cas fréquents où l'examen

(1) DUNCAN. *Lancet*, janv. 1897 n° 3.827, p. 7.

bactériologique, négatif dans la cavité appendiculaire, est positif dans la cavité salpingienne ou vice-versa; les cas nombreux où un appendice seulement adhérent, plus ou moins sclérosé coexiste avec une double lésion septique des annexes. Pour ceux-là en particulier il faut trouver un mécanisme pathogénique différent.

Follet (de Lille) (1), à propos d'une forme exceptionnelle d'appendicite plastique qu'il observa et dans laquelle appendice, utérus et annexes, également atteints, étaient plongés dans un magma compact d'adhérences, s'exprime ainsi :

« A quelle cause, dit-il, attribuer ces péritonites exsudatives? Ici l'appendice entre en scène. C'est lui qui en est l'auteur et nous avons affaire à une de ces péri-appendicites plastiques, qui, pour n'être pas aussi fréquentes que Talamon le proclame, n'en existent pas moins cependant. Après tout, on voit des inflammations, de nature indéniablement microbienne et d'allures très aiguës être plutôt sclérogènes que suppuratives. Qu'on se rappelle les tendances si souvent plastiques, ankylosantes et si rarement pyogènes de l'arthrite blennorrhagique dont la symptomatologie a pourtant une physionomie si phlegmasique.

« Le coli bacille », qui est l'agent microbien ordinaire des inflammations péri-appendiculaires, engendre le plus habituellement le pus, mais dans certaines conditions, ne peut-il pas, tout en donnant naissance à des péritonites aiguës, douloureuses, fébriles, ne produire à l'instar du gonocoque que des exsudats secs et durs? »

Pour cet auteur, l'appendicite et son coli bacille occupent le premier plan dans l'étiologie de la double lésion. Cet exsudat, cette gangue péri-utérine et péri-annexielle sont d'origine appendiculaire. Cette hypothèse soutenable, sur laquelle nous revenons, ne doit pas être généralisée et ne trouve pas son application partout. Ce serait en effet oublier la marche habituelle des lésions annexielles avec leurs poussées fréquentes de pelvi-péritonites exsudatives : néo-membranes parfaitement susceptibles d'englober à leur tour intestin et appendice.

En un mot, si, dans un cas, l'appendicite peut être primitive, si le coli-bacille peut être l'auteur d'une péri-annexite secondaire; dans l'autre, l'annexite peut être primitive, le stéptocoque ou le gonocoque pouvant produire tout aussi bien une péri-appendicite

(1) FOLLET, *Bull. Soc. Méd. du Nord*, 27 août 1897.

plastique secondaire. C'est cette thèse que nous allons développer.

Delagénère (du Mans), dans une communication très intéressante faite au dernier Congrès de chirurgie (97), explique ainsi le retentissement réciproque des deux lésions l'une sur l'autre.

« Dans l'appendicite, observée avec les lésions septiques des annexes, il semble qu'on ait affaire à une appendicite spéciale pour laquelle les ingesta sont moins importants que les lésions inflammatoires des annexes. Celles-ci auraient donc à nos yeux un rôle prépondérant dans la pathogénie. La dyspepsie et la constipation sont habituelles dans les affections septiques des annexes. Or, ces accidents sont bien plus faciles à expliquer et à concevoir, en admettant la propagation de l'inflammation aux parois intestinales, qu'en invoquant une cause mécanique comme la compression du rectum. Ne voit-on pas d'ailleurs les lésions des annexes adhérer d'abord aux parois intestinales, puis des abcès se former au niveau des adhérences et finir par s'ouvrir dans l'intestin après en avoir perforé les parois. On peut donc admettre l'inflammation des tuniques de l'intestin comme démontrée. Mais, en même temps qu'elles s'enflament, les tuniques intestinales se paralysent, se relâchent ; le cours des matières est d'abord ralenti, puis elles stationnent, jouant le rôle de corps étrangers septiques dans un organe enflammé. Ainsi se prépare la colite, le gros intestin étant plus exposé que l'intestin grêle à la stase des matières et celles-ci présentant leur maximum de virulence dans la dernière partie du tube digestif. Pour des raisons identiques de stase, le maximum d'inflammation portera sur le cœcum et surtout sur l'appendice. De telle sorte que l'appendicite, dont nous nous occupons, peut être considérée comme représentant le maximum des lésions de la colite consécutive aux suppurations pelviennes ».

Cette hypothèse, qui se rapproche par certains points de celle que nous exposerons plus loin, a un double mérite :

a Celui d'avoir montré qu'il y a plus que coïncidence des deux affections, mais que l'appendicite est une complication possible des annexites, préparée et entretenue par elles.

b Celui d'avoir dit que, dans cette association de lésions, l'infection intestinale reste la cause déterminante de l'appendicite, l'annexite et ses adhérences n'étant qu'une cause adjuvante.

En revanche, ce que nous lui reprocherons, c'est tout d'abord de déclarer que l'origine lymphatique n'existe pas. Cette affirmation

est au moins exagérée. L'auteur rapporte, il est vrai, une observation probante, dans laquelle on trouva, du côté des trompes, des lésions nettement tuberculeuses, tandis que, du côté de l'appendice adhérent, touché lui aussi, mais d'une autre façon, on ne put déceler la présence d'aucun tubercule. Cet exemple prouve que la théorie de l'infection par contiguïté à la faveur de néo-anastomoses n'est pas toujours vraie, mais ne prouve pas qu'il faille toujours la rejeter. Cette hypothèse explique certains cas, nous l'avons vu, elle ne les explique pas tous : voilà certainement quelle est la note juste.

D'autre part, l'auteur fait jouer un trop grand rôle aux adhérences intestinales en général, lesquelles d'après lui, produiraient la colite, cause de l'appendicite. Or, si l'on songe à l'extrême fréquence des adhérences intestinales dans les suppurations annexielles et dans la péri-métrie salpingite séreuse, l'appendicite serait assurément plus fréquente qu'elle ne l'est en réalité. Cette théorie trouve certainement son application dans certains cas où les anses intestinales sont englobées et touchées bien avant l'appendice ; mais elle laisse sans explication apparente les faits où un point isolé de l'appendice, à l'exclusion de toute anse intestinale, adhère à une trompe malade.

Dans ces cas, nous le verrons, une appendicite en quelque sorte anatomique est constituée. Là encore, la cause prédisposant réside dans la formation d'adhérences annexielles immobilisant l'appendice sur une hauteur variable ; là encore c'est le *bactérium coli* qui vient définitivement constituer la lésion.

C'est une phase initiale, c'est une association spéciale des deux affections qui ne doit pas être passée sous silence et mérite d'être étudiée au point de vue pathogénique.

Pour être clair, nous reprendrons la question tout à fait au début.

En réalité, nous nous trouvons là en présence de deux organes qui ne sont reliés anatomiquement par aucun ligament, par aucune communication vasculaire constante et qui, normalement, ne sont nullement en contact immédiat : l'un situé dans la fosse iliaque droite, affleurant le bord du détroit supérieur, l'autre enfoui dans les profondeurs du pelvis.

Or, dans toutes les observations que nous rapportons, les deux

organes malades sont plus ou moins adhérents et cette fusion ne peut s'expliquer que par suite d'un rapprochement quelconque.

Avant tout, il convient donc de montrer *comment ce contact est possible et de donner les raisons qui permettent des rapports immédiats entre ces deux organes*. C'est là le point de départ et c'est à tort, à notre sens, que les auteurs en font à peine mention.

Ce contact peut se faire de deux façons :

a Dans un cas, (le plus fréquent), *c'est l'appendice qui se rapproche des annexes*. L'anatomie nous en a donné les raisons en nous montrant la fréquence de la situation pelvienne de l'appendice en nous faisant voir que souvent sa pointe se met en rapport avec la face postéro-supérieure du ligament large, avec la trompe, l'ovaire, voire même le fond de l'utérus.

b Dans un cas (plus rare). *Ce sont les annexes qui se rapprochent de l'appendice*. Ici c'est la pathologie qui nous fournit l'explication.

Prenons l'exemple d'une femme qui, dès les premiers jours de ses couches, fait une infection. Que l'inflammation atteigne les annexes, qui, à ce moment, ont accompagné l'utérus dans son développement et occupent alors une situation lombo-iliaque, loin du plancher pelvien, il se forme des poussées de péri-salpingo-ovarite, des adhérences, en un mot, qui fixent les annexes en un lieu élevé et les mettent en rapport plus ou moins immédiat avec le diverticule appendiculaire.

Dans ces deux circonstances, le rapprochement est établi entre les organes.

Il nous reste maintenant à montrer comment, de ce simple contact, il peut en résulter deux lésions simultanées.

A. — Dans un premier stade, il y a seulement adhérence entre un organe primitivement touché et un organe sain. La lésion première en prépare une seconde.

1° Appendice sain et annexes malades. — Nous confondrons dans une seule et même description les deux cas suivants :

a. Appendice, resté en place, et annexes fixées préalablement en situation lombo-iliaque.

b. Appendice en situation pelvienne, venu au contact d'une annexite normalement placée.

Voilà une annexite puerpérale ou gonococcique, autour de laquelle se font des poussées multiples et longues de péritonite pelvienne qui la fixent, soit dans le petit bassin, soit vers la fosse iliaque suivant son siège. Ces pelvi-péritonites, génératrices d'exudats nombreux et épais, collent en effet la surface externe des annexes aux parois et au plancher du pelvis. Elles coiffent leur sommet d'une calotte fibreuse de néo-membranes. Du côté droit, l'appendice est, là, le plus proche de cette masse enflammée. Cette large surface l'attire en quelque sorte, il s'y fixe tout naturellement.

a. Au premier degré, la pointe de l'appendice ou un point quelconque, mais limité de l'organe, sont englobés dans une zone d'adhérences.

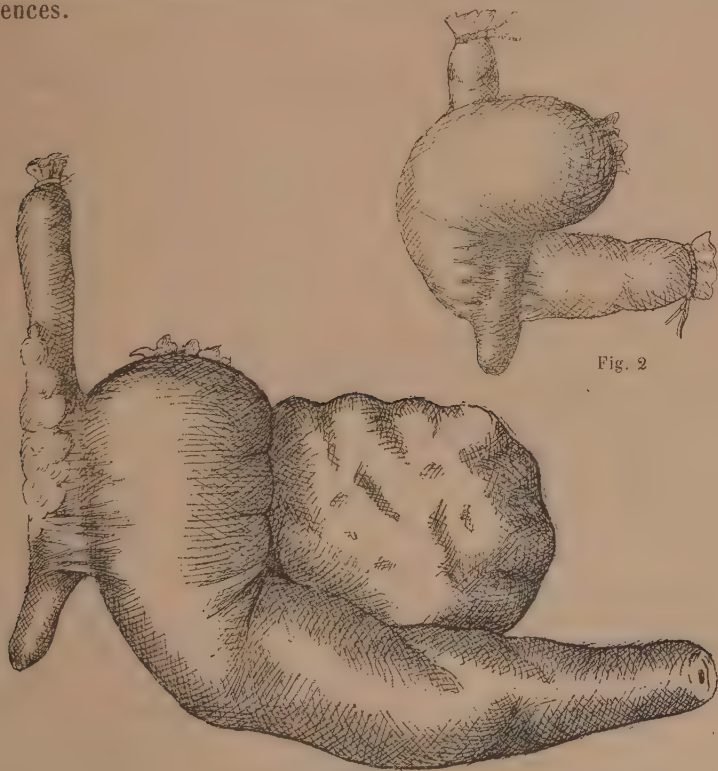


Fig. 1

Fig. 2

Les planches I et II nous donnent deux beaux exemples de ce premier stade.

Sur la figure I, nous voyons l'appendice adhérer sur une hauteur de un à deux centimètres à la partie externe de la trompe malade.

Sur la figure II, l'organe est enserré en son milieu par la trompe qui forme une véritable anse autour de lui.

b. Au second degré l'appendice, sur toute sa hauteur, est compris dans un magma d'adhérences auquel se fixe parfois un fouillis d'anses intestinales.

2° *Appendice malade et annexes saines.* Prenons, par exemple, le cas d'une appendicite aiguë, en situation pelvienne, bien entendu. C'est, soit un traumatisme, soit un corps étranger, soit un calcul stercoral, soit une maladie générale qui a déterminé une folliculite infectieuse. Suivant le degré de la lésion, suivant la virulence microbienne, une péri-appendicite, suppurée ou non, est rapidement constituée. Bref, il se forme là un foyer de péritonite localisée, des exsudats périphériques qui tendent à se fixer aux organes voisins. Les annexes sont là et sont comprises dans les adhérences.

a. Au premier degré, ce sont des filaments qui englobent dans leurs mailles l'ovaire ou la trompe, le plus souvent les deux organes.

b. Au second degré on trouve des altérations sèches péritubaires, des lésions ovariennes scléro-kystiques (Observation XXV bis).

Ces adhérences, les unes d'origine appendiculaire englobant une trompe, les autres d'origine annexielle englobant un appendice sont-elles suffisantes pour constituer une lésion ? Évidemment non, mais elles créent une cause prédisposante, elles préparent le terrain. Ce que nous avançons nous permet de répondre à Doléris (1) qui, traitant de la question, s'exprime ainsi : « Que le phlegmon péri appendiculaire sous-séreux puisse et doive, dans bien des cas, fuser vers le tissu cellulaire du petit bassin et toucher à la charpente des ligaments larges : cela est rationnel. Qu'il en résulte une lésion annexielle, ce n'est point démontré, les parenchymes tubaire et ovarien n'étant point nécessairement touchés par l'infiltration inflammatoire de voisinage ».

Or, au début, appendice ou annexes sont simplement en état de réceptivité. Ces adhérences ont eu pour conséquence de paralyser les contractions de l'organe ainsi fixé, de gêner sa libre circulation, d'enflammer sa muqueuse dont les conditions de vitalité

(1) DOLÉRIS Soc. obstétric., 1897.

sont ainsi modifiées, Ses moyens de défense se trouvent diminués ; le locus minoris resistentiæ est créé.

M. Quénu (1), rapportant une observation très intéressante, où il montre que les lésions appendiculaires ont ouvert la scène et que les altérations annexielles ont été secondaires, s'exprime ainsi : « Ce sont des altérations sèches peri-tubaires, plutôt que tubaires. Il n'existe du côté des annexes que des dégâts de surface. »

Cette dernière phrase rend merveilleusement l'idée que nous voulons émettre et le fait qui est vrai pour la trompe l'est aussi pour l'appendice secondairement touché.

Nous nous résumons en disant que jusque là il n'existe que la *cause occasionnelle*.

B. — Dans un second stade, la lésion est constituée. A la cause prédisposante s'ajoute la cause déterminante.

Cette cause déterminante peut se présenter de deux façons :

Certes une infection nouvelle, d'origine intestinale d'une part, ou d'origine utéro-annexielle d'autre part, peut apparaître. Dans ce cas, l'infection, trouvant un terrain tout prêt, se localisera de préférence sur ce point faible.

Mais, sans aller si loin, il convient de faire observer que dans la trompe, dans l'appendice, sur toute muqueuse en général, il existe des agents microbiens ; il existe une sorte d'infection latente, qui attend pour se réveiller une cause quelconque. Que cette cause surgisse, et là nous la trouvons dans les adhérences péritonéales, et la virulence microbienne va s'exalter. Une lésion nouvelle, qui est secondaire, s'ajoutera à la première.

La lésion, appendiculaire par exemple, étant ainsi créée, le colibacille étant entré en scène, qu'il revienne à ce dernier une part dans la production des adhérences, dans la formation du bloc appendiculo-annexiel, la chose est certaine. Ce que nous avons voulu faire, c'est donner à chaque organe la part qui lui revient au début.

Aussi dirons-nous que, dans cette association de lésions, on pourra avoir affaire :

Tantôt à une annexite secondaire à une appendicite primitive (type clinique correspondant : appendicite avec annexite droite) ;

(1) QUÉNU, *Journal des Praticiens*, 9 avril 1898.

Tantôt à une appendicite consécutive à une annexite (type clinique correspondant : annexite double avec appendicite surajoutée, la lésion septique des annexes étant presque toujours bilatérale.

C'est à cette appendicite secondaire que nous consacrons la plus grande partie de ce travail.

Nos raisons peuvent se résumer en quelques mots :

C'est une lésion plus fréquente, l'annexite primitive étant beaucoup moins rare que l'appendicite.

C'est une affection obscure au point de vue pathogénique, nous l'avons vu, et que la clinique nous montrera comme extrêmement insidieuse et difficile à diagnostiquer.

C'est une phlegmasie capitale à dépister au point de vue chirurgical.

Nous lui donnerons le nom d'appendicite d'origine annexielle, désireux de mettre par là en relief sa cause prédisposante. C'est donc au début une appendicite de cause externe, péritonéale, par opposition à l'appendicite cæco-appendiculaire ou classique dans laquelle la cause est interne ou muqueuse.

Dans la première, la séreuse est prise avant la muqueuse, comme nous le verrons, le péritoine semble présenter le maximum de lésions ; dans la seconde, c'est le contraire qui est l'habitude.

Dans la première, les ingesta, les calculs stercoraux, sont l'exception ; dans la seconde tous ces corps étrangers jouent un rôle important dans l'étiologie.

De même que dans la première, une boulette stercorale (cause interne) peut préparer une appendicite ; de même dans la seconde des adhérences d'origine annexielle (cause externe) peuvent préparer une appendicite. Mais dans ces deux cas c'est le bactérium coli, c'est l'infection d'origine intestinale qui constitue la cause déterminante et crée la lésion définitive.

L'étiologie de cette appendicite étant établie, la lésion étant constituée, nous devons nous demander comment celle-ci va évoluer.

Pour cela remontons encore au début :

Un appendice est fixé en un point par une zone d'adhérences, il en résulte une tuméfaction inflammatoire limitée qui appelle l'infection, une folliculite partielle, localisée est ainsi créée, que va devenir cette appendicite anatomique ?

Deux hypothèses sont possibles :

1° L'organe est incapable de lutter contre l'infection qui l'envahit. Alors l'infiltration embryonnaire va faire de rapides progrès, la virulence microbienne augmente, l'ulcération, la perforation avec toutes ses conséquences pourront être l'ultimatum final. Il y aura annexite et appendicite aiguë parfois suppurée.

2° L'organe se défend énergiquement contre l'infection, la phagocytose triomphe. Alors l'infiltration, d'embryonnaire qu'elle était au début, va devenir scléreuse. A partir de ce moment, tous les degrés de sclérose sont possibles, depuis l'appendice à lumière centrale rétrécie, et à parois indurées (au niveau du point adhérent seulement), depuis l'appendice dont la moitié inférieure est envahie par la sclérose, jusqu'à l'appendice réduit tout entier à un cordon fibreux compact : c'est la sclérose totale avec oblitération.

Il y aura donc là annexite parfois suppurée et appendicite scléreuse plastique.

Or ce second processus est assurément le plus fréquemment observé dans le cas qui nous occupe. C'est dire que ces appendicites, de cause première externe, semblent présenter une résistance toute particulière à l'infection. Autant la première éventualité est vraie pour l'appendicite cœco-appendiculaire, autant la seconde est applicable à l'appendicite d'origine annexielle.

L'appendicite, anatomique au début, reste anatomique. La clinique confirmera cette affirmation en nous faisant voir la grande insidiosité de cette variété de lésion et la difficulté extrême que l'on éprouve à mettre une étiquette précise sur cette affection latente et bien souvent découverte par hasard au cours d'une laparotomie, si on n'y prend pas garde.

Nous venons de prononcer le nom de variété d'appendicite.

Or, on pourrait en conclure que dans l'affection « appendicite et annexite » il existe deux variétés franches d'appendicite, que, en un mot, à côté de l'appendicite cœco-appendiculaire classique et clinique, il existe chez la femme une appendicite à part possédant une étiologie et une évolution spéciale et nouvelle. Or, nous voulons répondre de suite à cette objection en disant que l'appendicite reste une chez la femme comme chez l'homme. Mais chez l'un et l'autre, cette affection présente des degrés, des formes, suivant la cause occasionnelle, suivant la virulence de l'agent pathogène,

cause déterminante, et suivant la résistance de l'organe atteint. Or cette forme que nous appelons appendicite d'origine annexielle semble correspondre à l'appendicite plastique de Talamon, à l'appendicite chronique de certains auteurs, aux lésions sclérogènes de Follet.

« Que des adhérences, dit Legueu (1), viennent diminuer la résistance locale de l'organe, l'infection s'y localise, que la phagocytose triomphe, les lésions vont se transformer. D'embryonnaire, l'infiltration va devenir scléreuse, elle fera place à un rétrécissement ou, si la sclérose s'étend à tout l'appendice, celui-ci va s'oblitérer. Il restera un cordon fibreux sans cavité, sans importance, sans signes cliniques nets ».

Cette description d'appendicite chronique, scléreuse, de cause externe également, répond tout à fait au type que nous présentons. Nous n'avons donc rien changé à la question si ce n'est de montrer que cette forme d'appendicite est fréquente chez la femme, fréquente en particulier dans les cas de coexistence, c'est-à-dire d'appendicite complication d'une lésion septique des annexes et que là ce sont les adhérences d'origine annexielle qui constituent au début la cause externe prédisposante.

(1) LEGUEU, Monographie de l'appendicite 1897.

RÉSUMÉ

1° L'infection par voie lymphatique normale tombe d'elle même.

2° L'hypothèse de coïncidence pure n'explique que des faits exceptionnels.

3° Celle d'infection par contiguïté, à la faveur de néo-anastomoses lymphatiques, ne résout qu'un certain nombre de cas limités dont la bactériologie fait la preuve.

4° La théorie de Follet est trop exclusive en mettant tout sur le compte du coli-bacille.

5° L'opinion de Delagènière (du Mans) a le grand mérite de montrer qu'une appendicite peut être préparée par une annexite et entretenue par elle, mais elle fait jouer un trop grand rôle aux adhérences intestinales en général; elle n'explique pas suffisamment les cas d'adhérences appendiculaires exclusives.

6° Le simple contact des organes (appendice et annexes) suffit à lui seul à expliquer ses observations.

L'anatomie et la pathologie montrent, qu'en l'absence de toute connexion lymphatique et ligamenteuse, leurs rapports immédiats sont possibles dans deux cas :

a. Dans l'un, l'appendice en situation pelvienne, vient au devant des annexes.

b. Dans l'autre, les annexes, fixées en position élevée par une infection puerpérale antérieure, se rapprochent de l'appendice.

7° Le contact établi, l'organe malade englobe dans ses adhérences l'organe sain, qui est là près de lui. Ce dernier devient ainsi un lieu de moindre résistance. La lésion secondaire est ainsi préparée par cette cause prédisposante : des adhérences.

Sur ce terrain tout prêt, une infection nouvelle aura tendance

à se localiser ou une infection latente aura chance d'être réveillée : c'est là la cause déterminante qui fait la lésion définitive.

On aura ainsi tantôt une annexite secondaire à une appendicite, tantôt une appendicite, complication d'une lésion septique c'est-à-dire double des annexes.

Cette dernière association est la plus intéressante et c'est à elle que nous donnons toute l'importance.

Cette appendicite secondaire peut s'appeler d'origine annexielle. Ce terme désigne sa cause prédisposante : les adhérences pelvi-péritonéales.

Sa cause déterminante reste l'infection intestinale, évoluant sur un organe en état de réceptivité.

8° Ce qui prouve que sa cause première est externe c'est encore la rareté des ingesta et corps étrangers.

9° Cette appendicite d'origine annexielle évolue à la façon d'une appendicite chronique plastique avec tendance à la sclérose.

Ce fait prouve sa grande résistance à l'infection. C'est une appendicite plus anatomique que clinique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne voulons pas ici refaire l'anatomie pathologique macroscopique et microscopique et de l'appendicite en général et de l'annexite plastique ou suppurée : ce serait là nous écarter complètement de la tâche que nous nous sommes imposée. Mais il nous a paru indispensable et intéressant à la fois de montrer quelles étaient les lésions de cette appendicite que nous avons appelée appendicite d'origine annexielle, c'est-à-dire de cette forme dont nous venons d'exposer le mécanisme pathogénique, dont nous tracerons l'histoire clinique, dont nous indiquerons le traitement.

Nous nous excusons de cette digression anatomo-pathologique, pour laquelle nous n'avons aucune compétence, aussi avons-nous préféré résumer simplement l'avis de maîtres autorisés.

1° Appendice fixé à la pointe par des adhérences récentes. — Dans un premier degré, la pointe de l'organe est seule adhérente, or l'histologie nous prouve que dans ce premier stade il y a appendicité au début.

A. Caractères microscopiques. — C'est un appendice d'apparence parfois normal ou à peine congestionné, à peine augmenté de volume. Seule la séreuse de la pointe, sur une étendue de quelques millimètres, porte de nombreuses traces d'adhérences et est fortement vascularisée. A l'ouverture, la cavité est vide de liquide, vide de corps étrangers et d'ingesta. Au niveau de cette pointe, la muqueuse est à peine tuméfiée, cependant sa couleur violacée tranche avec la muqueuse normale de l'appendice.

B. Caractères microscopiques. — Au point de vue histologique, le microscope révèle une lésion en ce point. Quoique légère, elle

est réelle sur les coupes pratiquées dans cet appendice au niveau du point adhérent. (Observ. I).

Sur une coupe perpendiculaire à la surface de l'appendice on note de dedans et de dehors (due à l'obligeance de M. Latteux) (Fig. 3).

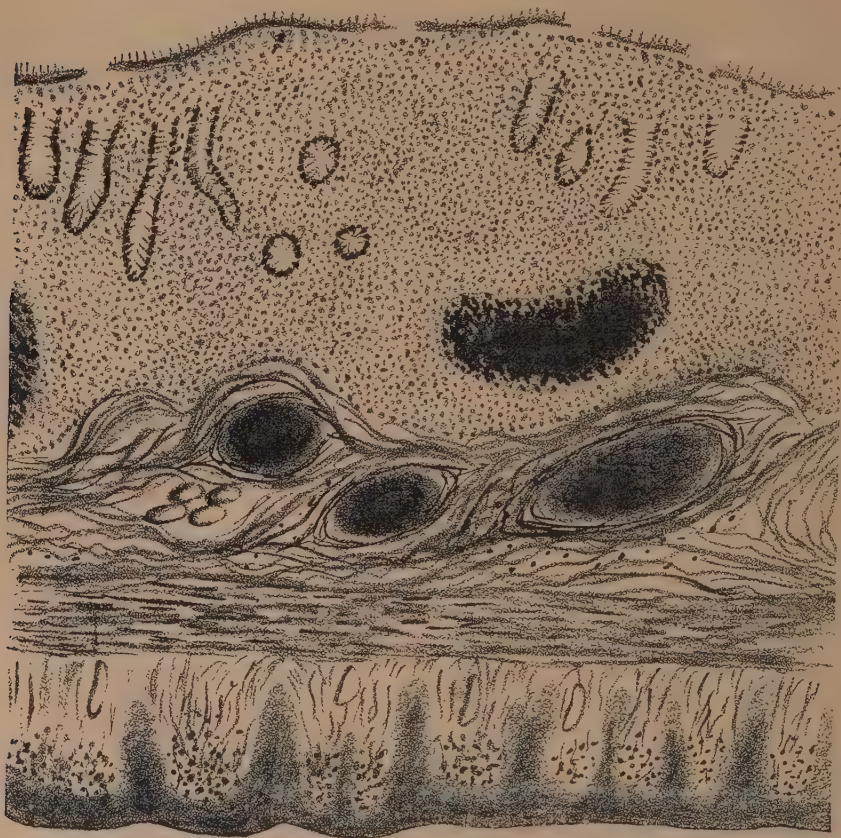


Fig. 3.

a. — Epithélium cylindrique intact dans la majeure partie de la périphérie;

b. — Glandes en tubes déformées et flexueuses, mais ayant conservé leur épithélium ;

c. — Follicules clos volumineux, mal limités plongés dans un tissu conjonctif embryonnaire contenant des lacunes lymphatiques ;

d. — Couche celluleuse, infiltrée de graisse avec vaisseaux gorgés de sang ;

e. — Muscle presque intact, contenant des vaisseaux très dilatés, petits foyers inflammatoires ;

f. — Péritoine très épais, présentant le maximum de lésions : séreuse chargée d'éléments adipeux, offrant de larges lacunes lymphatiques et faisant une enveloppe conjonctive hypertrophiée au milieu de laquelle se voient de nombreux vaisseaux plus ou moins flexueux, variqueux et parfois avec suffusion sanguine.

Il y a là un premier degré de folliculite partielle avec infiltration conjonctive et vascularisation surtout prononcée en dehors du côté du péritoine.

Cette folliculite est bien localisée, car une coupe pratiquée vers la partie moyenne donne la structure normale de l'organe. Nous renvoyons aussi à l'observation VII, où on trouvera la description d'une appendicite folliculaire au début faite par M. Pilliet et analogue à celle que nous venons de donner.

2° *Appendice enserré dans une gangue plastique.* — Dans un second degré, une partie de l'appendice où l'organe tout entier est pris dans une zone fibreuse d'adhérences. Là, la lésion est évidente, mais, ce qu'il y a d'intéressant à montrer, c'est sa tendance marquée à la sclérose pouvant aboutir à une oblitération complète.

A. — *Caractères macroscopiques.* — Macroscopiquement, c'est tantôt un appendice vascularisé, plus ou moins contourné, offrant une certaine résistance au doigt qui le palpe et dont la lumière est sensiblement et inégalement rétrécie par suite de la sclérose qui rétracte les parois ; tantôt c'est un cordon d'une dureté pierreuse à la palpation, dont la lumière centrale n'existe plus, dont l'oblitération est totale.

B. — *Caractères microscopiques.* — A. — *Premier stade* (Sclérose plus ou moins avancée avec conservation de la lumière centrale) (Observation V.)

L'appendice est contourné sur lui-même, congestionné. En un point son calibre n'excède pas deux millimètres (à un centimètre de la pointe).

a. — Coupe au niveau du point rétréci (due à l'obligeance de M. Latteux) (fig. 4.)



Fig. 4.

a. — Couche épithéliale cylindrique, intacte dans la majeure partie de la périphérie, tend à disparaître aux points où les follicules clos très volumineux viennent affleurer à la surface (α);

b. — Couche glandulaire, présente des tubes volumineux et hypertrophiés, plus ou moins déformés et flexueux, dans les points où font défaut les follicules clos, et au contraire en voie d'atrophie dans la zone où on les observe.

— Le tissu conjonctif inter-glandulaire se montre infiltré de nombreux éléments embryonnaires.

c. — Les follicules clos, volumineux, mal limités, sont fusionnés plusieurs ensemble;

d. — La couche celluleuse ou sous-muqueuse est épaissie, manifestement sclérosée, envahie par un tissu adipeux abondant et offrant quelques foyers inflammatoires de cellules embryonnaires.

e. — Les couches musculaires sont épaissies. A leur limite externe, les mêmes accumulations de cellules se rencontrent, formant des centres d'infiltration plus ou moins étendus;

f. — La couche péritonéale est hypertrophiée et présente quelques suffusions sanguines, les vaisseaux qui la parcourent sont manifestement variqueux et gorgés de sang.

b.—*Coupe au niveau de l'extrémité* (fig. 5).— Les phénomènes de sclérose sont visibles à l'œil nu. En effet, sur la section, on remarque une énorme différence d'épaisseur dans les membranes. On retrouve les mêmes détails que ci-dessus, mais la couche sous-muqueuse est le siège d'une abondante prolifération adipeuse, formant des lobules épais séparés par de fortes cloisons conjonctives.

Les couches musculuses sont également épaissies et la couche péritonéale est constituée par un tissu fibreux condensé et compact.

Conclusion : on trouve à la coupe toutes les couches de l'intestin plus ou moins modifiées ; mais il existe une sclérose très caractérisée, portant sur la couche conjonctive sous-glandulaire et sur la séreuse péritonéale.

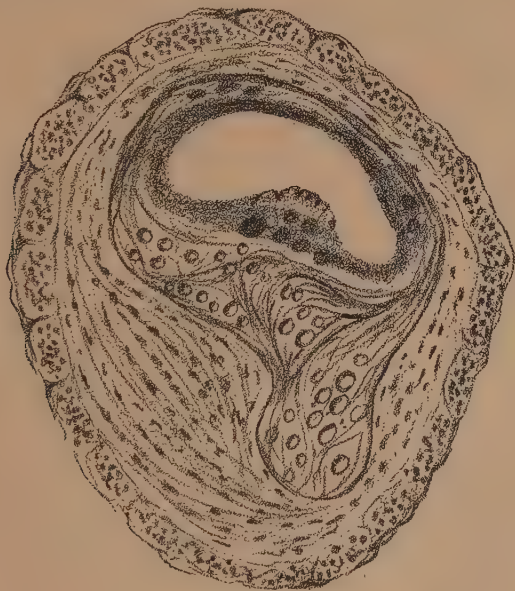


Fig. 3.

Reproduire les examens histologiques pratiqués sur des appendices, atteints secondairement et de la même façon, serait s'exposer à des redites, les résultats étant à peu près les mêmes. Nous ren-

voyons cependant aux observations XI et XXIII. Le microscope dénote encore une appendicite scléreuse avec maximum de lésions au niveau de la séreuse adhérente. Les préparations sont tout à fait caractéristiques.

B.—*Deuxième stade.* (Sclérose complète avec oblitération totale). — Nous empruntons à M. Pilliet (Observ. VIII), la description de cette appendicite scléreuse avec oblitération due à la fusion des follicules et non à un bouchon stercoral.

« Il n'existe ni glandes, ni épithélium de revêtement. Seuls les follicules clos de la muqueuse, ou plutôt leurs débris, sont visibles. Ils sont confondus par leur surface libre et l'axe de l'appendice est occupé par un boyau de tissu folliculaire. La cavité des follicules dans ces cas est très amincie et réduite à un cordon médian. La sous-muqueuse est remplacée par un anneau de tissu fibroïde sans fibres musculaires lisses. Entre cette sous-muqueuse et les tuniques externes, correspondant à l'ancienne couche celluleuse de glissement, se voit une nappe de cellules adipeuses formant sur des coupes transversales un anneau complet qui sépare les plans précédents des couches muqueuses et péritonéales réunies et fusionnées toutes les deux en une seule nappe fibreuse à vaisseaux scléreux avec quelques traces de fibres musculaires lisses ».

Cette description répond à ce que Senn (1) a décrit sous le nom d'appendicite oblitérante.

« Dans ces cas, dit-il, le processus consiste en une oblitération progressive de la lumière de l'appendice. Chaque poussée inflammatoire tend à infiltrer les parois de tissu fibreux. En outre, les péritonites plastiques viennent hâter le processus d'oblitération. Parfois il y a transformation de l'appendice en un cordon fibreux et il se produit alors une véritable guérison anatomique, l'organe se supprimant spontanément ».

Ranvier a constaté 73 fois ce mécanisme de guérison anatomique par transformation fibreuse de l'appendice. Anatomiquement, Siredey a montré que cette lésion est constituée par un processus d'inflammation chronique aboutissant à une atrophie et à une sclérose des tissus sous-jacents.

C'est cette lésion que Glantenay (2) décrivait récemment sous le nom d'appendicite oblitérante-atrophique.

(1) SENN, *Jour. of the Amer. Med. Ass.*, nov. 96.

(2) GLANTENAY, *Presse Médicale*, 16 avril 1898, p. 196.

Telles sont aussi résumées que possible, les quelques considérations anatomo-pathologiques que nous voulions exposer.

Notre but a été de montrer d'une part que ces appendices adhérents, quant à la pointe, sont touchés, histologiquement parlant, et d'autre part que ces appendicites d'origine annexielle, de cause externe, évoluent de préférence vers une sclérose plus ou moins complète, tout en étant fixées à des annexites tendant vers la suppuration.

RÉSUMÉ

1. Dans les cas de simples adhérences récentes de la pointe de l'appendice à une annexite, l'organe est touché, il existe une folliculite partielle.

2. Quand l'appendice est enserré sur une hauteur variable par une zone fibreuse d'origine annexielle il existe fréquemment un rétrécissement de la lumière centrale en ce point avec lésions de sclérose plus ou moins avancée.

3. A un stade plus ancien, la lumière centrale n'existe plus. Il y a sclérose totale, oblitération due à la fusion des follicules clos.

4. Les lésions sont surtout évidentes du côté de la séreuse qui semble touchée avant la muqueuse. Au premier degré surtout, le péritoine de revêtement présente le maximum de lésions, l'épithélium est presque intact.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Dans ce chapitre de clinique, nous n'aurons qu'un but : celui de mettre en évidence les symptômes ou mieux les indications diagnostiques utiles permettant de dire, dans un cas donné : Il y a *appendicite et annexite*.

Cette double affirmation, ce diagnostic des deux lésions simultanées, coexistant chez la même malade, est aussi délicat que rare.

Certes, dans quelques cas simples et bien étudiés, on peut déclarer qu'il existe deux affections côte à côte.

Mais dans un grand nombre d'observations, soit que l'une des lésions soit vraiment impossible à dépister, soit qu'il y ait défaut d'analyse, insuffisance d'examen et précipitation dans les conclusions, dans ces cas, disons-nous, l'une est reconnue et l'autre méconnue.

Or, tout en constatant que parfois il est impossible d'arriver à un double diagnostic, tout en admettant la difficulté insurmontable, évidente dans quelques observations, nous voudrions montrer cependant que, dans bon nombre de cas délicats et complexes, il est possible d'arriver à une solution complète.

Interrogatoire minutieux, histoire clinique détaillée, évolution des accidents suivie pas à pas, analyse sévère et raisonnée des moindres signes, examen local méthodiquement conduit : telles sont les conditions nécessaires et suffisantes pour résoudre le problème en entier.

Si toutefois on ne peut être doublement affirmatif, on diagnostique la première lésion et on soupçonne la seconde : soupçon suffisant pour le clinicien qui devine l'affection et intervient par la bonne voie.

Avant d'aller plus loin, il est intéressant de se demander pourquoi l'une des deux lésions reste ainsi à l'état d'hypothèse. Or la pathogénie nous en a donné la raison. Quand il y a coexistence d'appendicite et d'annexite, l'une des deux infections a été primitive.

Tantôt c'est la lésion septique des annexes, maladie première, qui prépare une appendicite secondaire.

Tantôt c'est l'appendicite, maladie première, qui prépare une annexite secondaire.

Dans les deux cas, l'affection consécutive devient une complication insidieuse qu'il faut rechercher. La lésion primitive a occupé toute l'attention ; les commémoratifs, le début, les symptômes fonctionnels et physiques constituent des bases solides à ce diagnostic ; et quand la lésion secondaire survient, à titre d'épisode obscur et trompeur, il faut l'œil d'un bon observateur pour ne pas la méconnaître.

Néanmoins nous supposons l'omission faite et nous nous demanderons aux dépens de quelle affection elle est le plus souvent commise. C'est incontestablement à l'appendicite qu'il faut donner le premier rang :

Parce que l'annexite est plus souvent l'affection première ;

Parce que l'appendice est moins accessible au doigt que la trompe et l'ovaire ;

Parce que les annexes ne font qu'un avec l'utérus, avec un organe toujours plus ou moins touché qui parle au besoin pour les annexes ;

Parce qu'en un mot une appendicite d'origine annexielle reste toujours plus latente que l'annexite d'origine appendiculaire.

Cliniquement, nous aurons donc deux grands types à étudier :

1° *Appendicite compliquée d'une annexite ordinairement unilatérale.*

2° *Appendicite surajoutée à une lésion septique des annexes, (c'est-à-dire le plus souvent à une annexite double).*

Nous n'exposerons pas ici la symptomatologie complète des deux affections primitives : lésion septique évidente des annexes, appendicite aiguë franche. Nous étudierons simplement les lésions secondaires surajoutées et nous rechercherons, en feuilletant des observations, les quelques signes positifs révélateurs de ces affections latentes.

Nous donnerons la plus grande importance à l'appendicite d'origine annexielle, à cause de son intérêt chirurgical.

A l'histoire clinique de cette double lésion se rattachent surtout trois noms français : Bouilly, Richelot, Delagénère (du Mans). Nous devons aussi citer Treub en Hollande, Binkley en Amérique, Kruger en Allemagne.

I. Appendicite surajoutée a une annexite double.

(Appendicite d'origine annexielle avec ses différents stades). — Voici comment se passent habituellement les choses :

Une femme de 20 à 30 ans se présente avec un passé génital plus ou moins complet : grossesse suivie d'infection puerpérale, fausse couche mal soignée; infection gonococcique avouée. Bref, à la suite de l'une quelconque de ces causes, la malade accuse une poussée pelvi-péritonéale. Toute la région hypogastrique est devenue douloureuse d'emblée, la sensibilité abdominale a été très vive à droite et à gauche, le ventre s'est ballonné, la fièvre a été moyenne, les troubles gastro-intestinaux très marqués, l'état général touché, sans avoir été cependant profondément atteint;

Au bout de quelques jours, les accidents se sont amendés, la douleur abdominale s'est localisée à gauche. A peine accusée dans l'intervalle des menstrues, elle s'est montrée très vive avec irradiations multiples (cuisses, lombes, périnée) dans les premiers jours précédant les règles, qui sont elles-mêmes devenues irrégulières, douloureuses et sont suivies d'une leucorrhée profuse ou de véritables décharges utérines muco-purulentes. A ces symptômes fonctionnels se sont ajoutés des troubles gastriques, des phénomènes intestinaux : tout ce qui constitue le syndrome utérin.

Puis, au bout d'un temps variable, sous l'influence d'un écart de régime, d'une fatigue quelconque, d'un examen ou d'un cathétérisme inopportun, une nouvelle crise plus ou moins aiguë a apparu. Cette fois-ci, les douleurs se sont localisées à droite et les mêmes troubles sont revenus. La phase aiguë passée, la malade a continué à vaquer à ses occupations dans l'intervalle des époques. A ce moment seul, les paroxysmes douloureux l'ont forcée à s'aliter.

Parfois l'histoire se termine là, parfois la patiente accuse toute une série de poussées subaiguës jusqu'au jour où une dernière plus intense l'a déterminée à prendre conseil.

Or, il n'est pas rare, si on analyse minutieusement les moindres détails d'une pareille évolution, de voir telle malade raconter, qu'à un moment donné, non-seulement les douleurs, qui ont débuté à gauche, sont venues se localiser à droite, mais que, d'intermittentes et de prémenstruelles qu'étaient ces exacerbations douloureuses, elles sont devenues sourdes et continues de ce côté sans recrudescence vive, sauf au moment de la menstruation. Aux coliques salpingiennes, en un mot, sont venues se joindre des coliques intermenstruelles.

Si on pousse la malade dans les détails, elle avoue, outre cette douleur persistante à droite, que ces troubles gastro-intestinaux se sont accentués depuis quelque temps, que l'inappétence est devenue absolue, que la dyspepsie est complète, que les digestions sont presque impossibles, que la constipation est plus tenace.

Malgré ces renseignements précieux, comme nous allons le voir, pour le bon clinicien observateur, qu'arrive-t-il le plus souvent ? On palpe l'abdomen, on trouve une sensibilité gauche, une sensibilité droite, et, sans prendre souvent le temps de voir de quel côté siège la plus vive douleur, on touche la malade. Ce toucher vaginal révèle la présence d'un utérus douloureux, flanqué de masses annexielles bilatérales. De toute cette enquête sort le diagnostic : annexe double. Si la malade le demande, on l'opère, soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale si elle a eu l'heureuse fortune de tomber entre les mains d'un laparotomiste.

L'opérateur est alors surpris de trouver adhérent aux annexes, un appendice dont la pointe seule est fusionnée avec la lésion, ou un appendice plus ou moins contourné dont une partie est enserrée dans une zone fibreuse qui le rattache à la salpingo-ovarite.

Dans ces deux cas, nous l'avons vu, on se trouve en présence d'une appendicite soit au début, soit ancienne en voie de sclérose. Cependant, elle a été méconnue et sa découverte n'a été qu'une trouvaille de laparotomie, quand intervention il y a.

A. Appendicites par adhérences de la pointe ou d'une partie de l'organe sur une hauteur variable. — Pour dépister cette lésion surajoutée, ces appendicites latentes chroniques d'emblée, il existe un petit nombre de signes révélateurs qui, à notre sens, présentent une réelle valeur. Nous tenons à les exposer, persuadé qu'ils peuvent suffire, dans bon nombre de cas, à mettre sur la voie de la seconde lésion.

Le premier est le symptôme *douleur* :

Localisation de la douleur. — Nous ne voulons pas parler là du point type de Mac Burney. Dans cette association de lésions, dans ce cas particulier difficile, nous n'hésitons pas à dire qu'il n'existe pas en temps que point fixe. D'ailleurs, si on pouvait retrouver sur la ligne spino-ombilicale une localisation aussi mathématique, les erreurs de diagnostic seraient assurément moins fréquentes.

Il ne faut pas conclure à son absence réelle, car il y a toujours douleur, mais douleur diffuse, mal limitée. Supposons l'appendice en situation pelvienne, venu au contact d'annexes malades (cas le plus fréquent), la douleur siègera au niveau de la région ovarienne. Comment donc différencier, d'après la localisation, la douleur ovarienne, de la douleur appendiculaire? C'est là une appréciation bien délicate et bien théorique.

Supposons, d'autre part, l'appendice resté en place et les annexes haut placées, la douleur, au contraire, pourra être haut située et c'est là un point important dans ce cas particulier d'annexite élevée. On peut alors, il est vrai, nous demander pourquoi le point de Mac Burney n'existe pas, puisque l'appendice occupe son siège normal. Certes, dans ces conditions seules, la chose est possible, et dans l'une de nos observations, (Observ. VII), nous retrouvons noté le point spino-ombilical. Mais le fait est si rare dans ces appendicites chroniques, nous l'avons trouvé si exceptionnellement, que nous ne pouvons en faire ici un symptôme de valeur.

Début de la douleur. — Cette douleur diffuse apparaît si insidieusement qu'elle peut passer inaperçue au milieu du tableau utéro-annexiel. On ne retrouve pas la douleur brusque, le début éclatant, dramatique de l'appendicite classique. L'apparition en est si frustrée qu'elle échappe.

Evolution de la douleur. — C'est à ce propos que nous voulons mettre en évidence un fait très important, capital à notre avis, pour dépister ces appendicites fourvoyantes et trompeuses.

La douleur ovarienne ou salpingienne est une douleur *intermittente*, qui disparaît dans l'intervalle des époques, qui présente des paroxysmes à l'apparition des règles (coliques salpingiennes). Or, la douleur appendiculaire, dans ces cas, est une douleur sourde, contusive, mais surtout *persistante*, non seulement pendant, mais dans l'intervalle des règles (coliques intermenstruelles ou intesti-

nales). Cette douleur est surtout accusée dans la marche et dans la station debout.

On voit donc que, si la localisation de la douleur dans l'appendicite pelvienne se confond avec le siège de la douleur ovarienne, on peut tirer parti de son évolution.

Nous nous résumons en disant : *douleur diffuse sourde, persistante à droite, douleur parfois haut placée dans les cas où les annexes se sont rapprochées de l'appendice* : voilà ce qu'il faut retenir du symptôme douleur, le seul des signes fonctionnels présentant une valeur réelle.

Il convient cependant de mentionner encore l'exagération des troubles gastro-intestinaux : difficulté plus marquée des digestions, augmentation de l'inappétence, constipation plus tenace. Mais ce ne sont là que des symptômes diffus, car toute femme porteuse d'une double annexite peut présenter ces signes aussi prononcés. Ils peuvent n'être qu'une exagération du syndrome utérin. Néanmoins, en présence de l'intensité de ces troubles, ce sera avec juste raison qu'on pensera, non à l'appendicite, mais à des adhérences intestinales. Ce sont bien là, en effet, les signes que présentent la malade, atteinte d'un pyo-salpinx gauche par exemple, auquel est fusionnée l'S iliaque. Il n'y a rien là qui parle positivement pour l'appendicite mais quelque chose qui doit faire soupçonner l'intervention de l'intestin.

Nous laisserons de côté tous les autres symptômes fonctionnels, y compris les vomissements, qui existent dans les cas classiques et sur lesquels il est inutile de compter dans ces cas complexes.

Nous arrivons maintenant aux résultats de l'examen local.

Au palper abdominal, l'attention doit être attirée d'abord sur une sensibilité plus marquée du côté droit. Dans des cas qui se comptent, une légère contracture de ce côté peut évoquer l'idée d'appendicite, mais c'est là encore un fait trop peu fréquent pour le mettre au rang des signes positifs.

Quant au plastron abdominal récent, au boudin cæcal ou appendiculaire, ce sont là des indications précieuses mais qui n'existent pas dans cette forme d'appendicite latente et chronique d'emblée. Ce qui vient en augmenter d'ailleurs la rareté c'est la fugue de l'appendice vers le pelvis.

Donc, en thèse générale, la fosse iliaque est libre et seulement douloureuse. Tout au plus peut-on constater parfois une cer-

taine dilatation du cæcum, une certaine distension gazeuse, symptôme qui est encore plutôt en faveur de simples adhérences intestinales.

Si on adjoint à ce palper abdominal un toucher vaginal méthodiquement conduit, on pourra dans des cas heureux tirer de ce moyen d'investigation quelques indications. Néanmoins ce ne sont là que des finesses de toucher parfois difficiles à saisir.

Si l'appendicite occupe un siège pelvien, il faut avouer que le toucher et le palper sont le plus souvent négatifs en faveur de la lésion surajoutée.

Si, au contraire, ce sont les annexes malades haut placées qui sont venues au contact de l'appendice, bien que la fosse iliaque soit libre, on peut avoir la sensation que la masse annexielle droite est fixée en haut à quelque chose (Observ. V). On peut avoir quelque peine à saisir la limite supérieure de ces lésions qui semblent remonter plus haut à droite qu'à gauche. Parfois enfin, quand la main abdominale cherche à circonscrire le dôme de la tumeur, la malade peut accuser une douleur haut située, due sans doute au tiraillement exercé sur le cæcum et l'appendice.

Le toucher vaginal, aidé du palper, peut encore fournir une indication utile mentionnée dans l'observation XI : c'est un bruit de gargouillement perçu entre les deux doigts qui palpent et immobilisent la tumeur. C'est toujours, il est vrai, un signe en faveur des adhérences de l'intestin en général. Mais comme tel il a sa valeur puisqu'il peut suffire à indiquer au chirurgien la voie à suivre.

Un dernier mode d'exploration toujours utile : c'est le toucher rectal. Dormoy (1) a bien insisté, dans sa thèse, sur son importance constante dans l'appendicite pelvienne. Poncet et Bouveret à Lyon, Tuffier et Jalaguier à Paris, ont confirmé ces vues pour l'appendicite en général. Certes ce sont dans les cas surtout de collections appendiculaires bas situées, que le doigt rectal, se rapprochant ainsi de l'organe malade, peut avoir des sensations nettes et localiser un point douloureux bien circonscrit. Cependant, dans toute appendicite pelvienne, fut-elle au premier degré, on peut de cette façon trouver une zone limitée et sensible, retrouver en quelque sorte un point comparable à celui que Mac Burney a décrit du côté de la paroi abdominale. La chose est en tout cas logique

(1) DORMOY, Appendicite pelvienne. Thèse Lyon 1897.

puisque le doigt rectal est plus près de l'appendice que la main abdominale.

De ces signes positifs nous voulons en retenir deux :

a. *Tout d'abord et surtout, la douleur avec ses caractères spéciaux ;*

b. *Puis le résultat du toucher vaginal (côté droit) combiné au palper abdominal.*

Tous les autres signes objectifs méritent considération, car un seul d'entre eux peut parfois suffire à asseoir un diagnostic hésitant. Mais ils perdent de leur valeur par leur inconstance.

Nous plaçons à dessein la douleur au premier plan car c'est elle qui attire l'attention, c'est elle qui le plus souvent dicte en quelque sorte l'exploration minutieuse du côté droit du pelvis et de la fosse iliaque droite.

Comme le disait très bien Richelot en 1890, à la Société de chirurgie : « On doit penser à l'appendicite toutes les fois que les symptômes prédominent sérieusement à droite, même s'il existe quelque signe de lésion du côté gauche, même si la douleur est exactement au niveau des annexes, même si le toucher rectal et vaginal révèle une induration sur le bord droit de l'utérus ».

D'autre part cet auteur ajoute : « La douleur ovarienne peut siéger exclusivement à gauche, le plus souvent elle est bilatérale, exceptionnellement on ne la rencontre qu'à droite ».

Or non seulement l'observation journalière nous montre la grande tendance de l'infection gonococcique ou puerpérale à se localiser dans les annexes gauches au début, mais nous avons vu plus haut qu'il n'y avait pas là pure coïncidence. C'est un fait basé sur des considérations anatomiques. Certes l'infection tend vite à devenir bilatérale et les deux trompes ne tardent pas à être envahies, mais habituellement le maximum des symptômes est à gauche. Il ne s'agit pas ici bien entendu d'une règle, mais d'un fait qui résume un grand nombre d'observations.

Cette digression nous amène à la conclusion suivante :

Toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une lésion septique double des annexes et que la malade accusera une douleur droite, persistante, quoique sourde, prédominante dans la station debout, à plus forte raison si elle est haut placée, on devra penser tout au moins à des adhérences du côté de l'appendice.

Eriger cette ligne de conduite en principe absolu équivaut à se

tromper rarement et à être presque toujours dans le vrai.

Le fait, que nous avançons, trouve sa confirmation dans les observations I, II, III, IV. Dans ces quatre, cas il ne s'agissait que d'une simple adhérence de la pointe de l'organe, or, si on fouille l'histoire clinique de ces malades, on y trouve mentionnée une douleur très marquée et persistante à droite. Certes, il n'existait pas un autre signe capable d'aider le diagnostic. On s'est contenté de penser à des adhérences intestinales et même appendiculaires, on a abandonné la voie vaginale pour la voie abdominale qui a permis de confirmer le soupçon formulé, on ne pouvait rien demander de plus au clinicien.

Nous avons donc raison d'insister sur les caractères de la douleur puisque celle-ci permet à elle seule de penser, sinon d'affirmer une lésion latente au point de vue clinique, réelle au point de vue histologique, et si utile à connaître, chirurgicalement parlant, pour pouvoir la supprimer.

Si on parcourt de plus les observations VI, VII, VIII, IX, X, XI, on verra que c'est toujours le même signe douleur, avec les caractères que nous lui avons assignés, que c'est cette localisation des symptômes à droite qui ont permis de se rattacher à l'idée possible d'appendicite et qui a encore dicté la voie au chirurgien. Or, dans ces derniers exemples, on a affaire à des appendices plus malades encore que les précédents et cependant les éléments de diagnostic sont restés limités à cette seule indication.

À côté de ces types complexes et délicats (ceux sur lesquels nous avons insisté à dessein), on peut en trouver quelques-uns où la même lésion se manifeste par un symptôme plus net.

C'est ainsi que dans l'observation VII il existe un point douloureux entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure occupant le siège de l'appendice et cependant l'organe est touché au même degré que dans notre première observation.

C'est ainsi que dans l'observation XII, à une douleur assez vive, au point de Mac Burney, vient s'ajouter un élément précieux : plastron abdominal occupant la région iliaque droite.

B. — *Appendicites plastiques. (Appendices scléreux enserrés dans une gangue plastique).* — Jusqu'à présent, l'appendice était seulement adhérent en un point quelconque sur une hauteur variable. L'absence d'augmentation de volume appréciable de l'organe

rendait tout examen local à peu près illusoire. Or, si maintenant nous envisageons ceux où l'appendice est englobé dans un magma d'adhérences, où il y a péri-appendicite plastique, bref une tumeur appendiculaire, même petite, nous verrons de suite qu'à côté du cas très compliqué, il existe le cas plus simple où des symptômes de valeur viennent s'ajouter aux premiers décrits. Ces nouvelles indications utiles nous sont fournies par le toucher vaginal joint au palper qui montre *une tumeur annexielle droite se prolongeant nettement en haut vers le détroit supérieur (appendicite pelvienne) ou bien fusionnée à une induration diffuse remplissant plus ou moins la fosse iliaque droite (annexite haut placée).*

La lecture des observations XIII, XIV, XV, où il s'agit de péri-appendicites plastiques, montre la valeur de cet élément de diagnostic qui révèle en quelque sorte une tumeur vagino-iliaque droite avec annexite gauche.

Bien plus, dans les observations XVI, XVII, on assiste au tableau suivant : *(annexite double suppurée compliquée d'appendicite suppurée.* Là, le diagnostic s'impose, les syndromes utéro-annexiel et appendiculaire étant suffisamment complets pour lever tous les doutes. Les symptômes pathognomoniques des deux affections se retrouvent côte à côte : début, signes fonctionnels, physiques, tout y est. Nous ne pouvons mieux faire d'ailleurs que d'y renvoyer, leur lecture constituant la meilleure description que nous puissions donner de cette double lésion.

Ces faits, qui sont des raretés cliniques sont ceux pour lesquels le mécanisme pathogénique est difficile à élucider, ceux pour lesquels l'idée de coïncidence pure constitue une hypothèse séduisante. Néanmoins, on remarquera que, dans ces deux cas, on relève, dans l'histoire clinique, des antécédents puerpéraux primitifs, que les crises appendiculaires aiguës n'ont apparu que consécutivement. On peut donc se demander si l'appendice n'a pas été touché secondairement, si la folliculite au début, telle qu'elle a été décrite plus haut, n'a pas été la première phase, et si, au lieu de tendre vers la sclérose, l'infiltration n'est pas restée embryonnaire, évoluant rapidement ensuite vers l'ulcération, la perforation et la suppuration. Cette éventualité est possible et c'est là la raison qui nous a engagés à ranger ces cas dans le groupe : appendicites secondaires à une annexite.

A part ces types exceptionnels, on peut conclure que l'*appendi-*

cite, dite d'origine annexielle, évolue sous forme d'appendicite chronique d'emblée, latente, insidieuse entre toutes, avec peu de retentissement sur la séreuse péritonéale. C'est le cas de répéter qu'une telle appendicite est plus anatomique que clinique.

De cette longue étude on pourrait en conclure que le diagnostic, facile ou difficile, est toujours possible et complet. Or, il n'en est pas ainsi, et, reprenant la phrase que nous écrivions au début de ce chapitre, nous diviserons en deux catégories les observations où l'appendicite, complication d'annexite, a été méconnue.

a. — Celles où il y a défaut d'enquête, insuffisance d'appréciation et d'examen.

Ces faits sont fréquents, et assurément, si chacun avouait ses omissions, on pourrait en dresser une longue liste. Nous en donnons deux exemples :

Dans l'un, (Obs. XVIII); on y retrouve le symptôme douleur avec tous ses caractères spéciaux, on note une localisation très nette des signes à droite, et d'autre part le toucher vaginal ne révèle que des lésions insignifiantes de ce côté. Il y a là disproportion entre les symptômes fonctionnels et les résultats de l'examen local. On aurait donc pu, en analysant sévèrement ces éléments diagnostiques, en tirer une conclusion plus complète.

Dans l'observation XIX, la malade avait présenté des crises douloureuses aiguës localisées dans la fosse iliaque droite, crises accompagnées d'un état gastro-intestinal et de vomissements. Or, on attendit ainsi deux mois, pensant à une tumeur abdominale, préalablement diagnostiquée : fibrome utérin avec salpingite droite. Or l'examen plus complet eût peut-être permis de se rapprocher de la vérité et, à l'abstention dangereuse aurait fait place une intervention précoce utile.

b. — Les observations où vraiment tout diagnostic ferme est impossible et où la difficulté est insurmontable.

Tel est le cas de Follet (Obs. XX) où une péri-appendicite plastique coïncidait avec de doubles petits kystes ovariens suppurés. De cette association résulta une symptomatologie si étrange que le diagnostic posé fut : fibromes utérins multiples, tant l'appendicite était fruste, tant les exsudats plastiques périmétritiques et péri-annexiels étaient durs. La nature des lésions ne fut débrouillée qu'au cours d'une laparatomie.

Nous mentionnerons aussi le cas extraordinaire de Hinkson (Obs. XXI). Là, tous les symptômes étaient à gauche et semblaient indiquer une lésion annexielle que le toucher confirmait. Or, la laparatomie montra à gauche un pyosalpinx droit, dont le pédicule seul était resté à droite. De plus l'appendice qui avait été entraîné lui aussi adhérait à la masse et était touché.

L'observation XXIII présente quelque chose d'analogue. C'est une malade qui présenta une succession de crises douloureuses simulant la crise appendiculaire, mais localisées à gauche. Comme elle était porteuse d'un kyste de l'ovaire gauche, on pensa à une torsion du pédicule et le jour de l'intervention on trouva l'appendice considérablement allongé, très volumineux, fixé à la partie supérieure et antéro-latérale gauche de la tumeur.

Il est vrai d'ajouter que si le kyste, dans ce cas particulier, avait occupé le flanc droit on aurait sans doute posé le même diagnostic, méconnaissant l'appendicite pour penser à une complication quelconque du côté de la poche kystique.

Ceci nous amène à dire que dans tous les cas de tumeur annexielle droite unilatérale, volumineuse, et diagnostiquée, avec adhérence secondaire de l'appendice, cette appendicite anatomique est habituellement méconnue. La douleur appendiculaire fruste est rapportée à la tumeur annexielle ou à l'une de ses complications (torsion, hémorrhagie, suppuration). L'attention toute entière est concentrée sur la première affection et on méconnaît la seconde.

Il y a donc là toute une série d'observations, peu intéressantes au point de vue clinique, puisque le double diagnostic est presque toujours impossible, et peu importantes au point de vue chirurgical. En effet, si nous avons donné toute l'importance à l'appendicite, complication des lésions septiques des annexes, c'est surtout à ce dernier point de vue. La lésion septique est une lésion bilatérale et c'est avec elle que l'hystérectomie vaginale trouve ses indications. Or cette double annexite se compliquant d'appendicite, devient tributaire, nous le verrons, de la voie abdominale. Pour parer à l'erreur possible, il faut avoir son diagnostic posé et c'est là le but que nous avons poursuivi.

II. Appendicite compliquée d'annexite

Sur cette seconde proposition nous serons bref, cette question s'éloignant un peu de la tâche que nous nous sommes imposée.

Nous voulons en parler cependant pour bien mettre en opposition ces deux variétés d'appendicites, et montrer que si l'appendicite secondaire est insidieuse et difficile à reconnaître, l'annexite secondaire à une appendicite est également délicate à préciser.

Jusqu'à présent, nous avons passé en revue toute une série de malades dont l'histoire clinique présente cette particularité : passé génital, antécédents puerpéraux, symptômes pelviens ouvrant la scène. Chez toutes, l'arbre utéro-annexiel semble avoir été touché d'emblée et ce n'est que tardivement qu'ont apparu des symptômes plus ou moins nets, pouvant évoquer l'idée d'appendicite. Il n'en est pas toujours ainsi. L'appendicite, au lieu d'être secondaire, a le droit d'être primitive et de préparer à son tour une annexite qui, tout en étant plus facilement reconnue, demande aussi à être recherchée.

Suivant le même plan, nous montrerons, en quelques mots, comment se présente cette appendicite et nous nous demanderons ensuite quels sont les signes positifs qui permettent de retrouver ces annexites secondaires et latentes.

L'appendicite est primitive, or, le plus souvent, c'est une jeune femme, sans passé génital, récent ou ancien, qui raconte l'histoire suivante :

Un jour elle a été prise, en pleine santé, d'une douleur brusque et violente dans la fosse iliaque droite. Cette douleur, surtout provoquée par la pression, s'est généralisée, le ventre s'est ballonné. Elle a eu des frissons, suivis de fièvre, des nausées, des vomissements, de la constipation. Au bout de quelques jours, à la suite du repos, d'applications glacées ou d'une saignée locale, le tout complété par l'ingestion d'opiacés, les phénomènes se sont amenés. La patiente a conservé une sensibilité iliaque, une douleur sourde contusive persistante, surtout marquée dans la station debout, une constipation tenace jusqu'au jour où une nouvelle crise a apparu et l'a déterminée à consulter un chirurgien.

Au palper, on trouve une fosse iliaque douloureuse. Le plus souvent on ne trouve qu'une douleur diffuse et on constate encore l'absence du point de Mac Burney type. En voici la raison : Les annexes étant supposées saines, le contact entre les deux organes ne peut plus se faire qu'en admettant la situation basse de l'appendice. Or dans l'appendicite pelvienne l'organe a fui la région iliaque droite, il s'est éloigné de la main qui palpe ; toute zone douloureuse localisée disparaît de ce côté.

Outre la douleur diffuse, on retrouve souvent une contracture musculaire, masquant une induration au dessus de l'arcade ou parfois un plastron abdominal plus ou moins étendu.

Si on fait le toucher vaginal on trouve un utérus *mobile non douloureux*, un cul-de-sac gauche libre. Quant au cul-de-sac droit, il peut être vide, mais douloureux, ou rempli par une tumeur suivant le degré de la lésion (collection péri-appendiculaire ou non). Mais, en tous cas, il s'agit le plus souvent d'une *tumeur indépendante de l'utérus, qui lui-même est insensible*.

Le toucher rectal confirme ces données, en montrant l'absence de connexion avec le globe utérin et en révélant parfois un point douloureux limité dans la masse pelvienne.

En présence d'un tel tableau, on ne peut mieux faire que de diagnostiquer appendicite et appendicite pelvienne.

Or cette appendicite peut adhérer aux annexes, les englober dans cette masse et il convient d'exposer les signes capables de retrouver cette lésion.

Deux cas peuvent se présenter :

1° Dans le premier, il n'existe que des adhérences des annexes des dégâts de surface, néanmoins ces adhérences déterminent une gêne fonctionnelle, mettent obstacle à la circulation : toutes causes qui ne tardent pas à retentir sur l'utérus. On connaît en effet, les troubles que provoquent chez certaines femmes, la péri-ovarite et la péri-salpingite (Obs. XXIX) troubles nécessitant parfois une intervention, qui a pour but de libérer les organes de ces adhérences filamenteuses comparables à des toiles d'araignée.

Or, en présence d'une telle complication l'attention sera attirée :

a. *Par les troubles de la menstruation.* A la suite d'une ou plusieurs crises appendiculaires, la malade se plaint de coliques salpingiennes, les règles deviennent douloureuses irrégulières et sont suivies de leucorrhée.

b. Le second signe très important est fourni par le toucher vaginal qui montre un *utérus sensible*. La simple mobilisation du col détermine une douleur plus ou moins vive. Souvent on constate un point douloureux sur le bord droit de l'utérus. Quant aux sensations fournies par l'exploration du cul-de-sac vaginal droit, nous les laissons de côté, ayant montré que l'appendicite pelvienne peut le remplir et simuler une annexite. Assurément la possibilité de

sentir entre les doigts des annexes droites augmentées de volume constitue un signe d'une grande valeur, mais la péri-appendicite pelvienne a toujours envahi plus ou moins le vagin de ce côté. Il existe toujours une induration diffuse douloureuse sur laquelle il ne faudra point compter dans le diagnostic.

Nous ferons encore ici une mention spéciale pour le toucher rectal, si utile chez la femme vierge. Même en présence de symptômes pelviens, on peut hésiter à pratiquer un toucher vaginal difficile et répugnant, en clientèle surtout. Or le toucher rectal peut le remplacer, ne l'oublions pas, et décèler la présence d'une annexite ignorée ou non avouée.

En résumé : *Menstruation devenant douloureuse et difficile, sensibilité du col, du côté droit de l'utérus*; sont les quelques indications pratiques, que nous retrouvons dans les observations XXIV et XXV, où l'intervention a montré une péri-appendicite englobant une trompe et un ovaire légèrement touchés.

Non seulement ces petites lésions annexielles surajoutées à une grosse lésion appendiculaire sont en faveur de l'annexite secondaire, mais l'absence d'antécédents puerpéraux ou blennorrhagiques, l'intégrité des annexes gauches semblent confirmer notre opinion.

2° A côté de ces faits où il n'existe qu'une annexite plastique ou mieux une péri-annexite, il existe des observations où l'appendicite est suppurée et adhère à une trompe droite suppurée. Ces cas, nous l'avons vu, semblent trouver leur explication pathogénique dans la théorie d'infection par contiguïté à la faveur de néo-anastomoses lymphatiques : seules capables d'expliquer la fusée des microbes retrouvés les mêmes dans le pus appendiculaire et le pus salpingien (Obs. XXVI-XXVII).

Dans ces exemples (Obs. XXVI-XXVII-XXVIII) les mêmes éléments de diagnostic se retrouvent. Aux troubles de la menstruation exagérés, se joignent parfois des décharges utérines muco-purulentes accompagnant les poussées aiguës. Le palper abdominal, aidé du toucher, révèle non seulement une tumeur iliaque, une fosse iliaque pleine, mais encore une tumeur vaginale, le tout ne formant qu'un seul bloc. Au toucher vaginal, non seulement l'utérus est douloureux, mais la masse vagino-iliaque lui est intimement adhérente, il y a fusion complète.

Si ce n'étaient le début de l'affection, les symptômes fonctionnels typiques, la présence d'une tumeur iliaque surajoutée, d'un plas-

tron abdominal, le diagnostic posé eut été assurément : annexite, tant cette connexion intime d'une tumeur occupant le cul-de-sac vaginal, avec un utérus douloureux, est caractéristique d'une lésion salpingo-ovarienne.

Ce fait trouve sa confirmation dans les observations XXIX et XXX.

Dans la première, il s'agit d'une femme porteuse d'une appendicite ayant adhéré secondairement aux annexes droites. Or cette malade ne présenta à aucun moment de symptômes appendiculaires, sa fosse iliaque était libre. Outre les symptômes pelviens et utéro-annexiels prédominants, il existait une petite masse droite très adhérente à l'utérus sensible. Elle fut prise pour une salpingite et il existait une appendicite simplement adhérente à un ovaire presque sain. La lésion appendiculaire avait été masquée par ces adhérences ; l'appendice fut réséqué, la malade guérit.

Dans l'observation XXX, Bouilly rapporte un exemple d'appendicite suppurée ayant englobé un ovaire et une trompe droite trouvés peu malades, le tout fixé à l'utérus et ne formant qu'un. L'appendicite resta latente au point de laisser le syndrome utéro-annexiel dominer toute la situation. Le diagnostic porté fut pyo-salpinx droit. La laparotomie permit de trouver un appendice suppuré avec perforation de l'organe. La collection adhérait simplement à un ovaire kystique et à une trompe parenchymateuse.

Désireux d'insister sur l'importance diagnostique de ce résultat du toucher vaginal, nous avons rapporté deux observations qui, bien que n'ayant pas positivement trait à notre sujet, n'en sont pas moins instructives. Dans les deux cas, il s'agit d'appendicites pelviennes accolées à l'utérus c'est-à-dire de tumeurs appendiculaires faisant corps avec un utérus douloureux.

Or, il est intéressant, surtout dans l'observation XXXI, de voir toutes les phases par lesquelles a passé le diagnostic. Tant qu'on a pu retrouver un sillon, une indépendance de la tumeur avec le globe utérin, on pencha vers l'appendicite, aidé il est vrai par des signes fonctionnels assez caractérisés. Mais un dernier examen ayant montré la fusion complète des masses vaginale et utérine on conclut à une annexite et il s'agissait d'une appendicite suppurée accolée à la paroi antérolatérale droite de l'utérus.

Dans l'observation XXXII, on avait affaire à une femme enceinte de trois mois, présentant une tumeur fluctuante du côté droit remon-

tant à deux travers de doigt de l'ombilic. Cinq jours avant l'examen, la malade, qui avait toujours été bien portante, présenta seulement des accidents péritonéaux de moyenne intensité : douleur abdominale droite, ballonnement, fièvre, etc. Au toucher, on trouvait une masse fluctuante accolée et très adhérente à l'utérus douloureux. On pensa à un kyste de l'ovaire adhérent à l'utérus, probablement avec torsion du pédicule. Il s'agissait encore d'une appendicite suppurée, flanquée sur le fond de l'utérus.

Voilà donc un signe qui avait une valeur fausse dans ces deux cas exceptionnels, mais qui dans la grande majorité des cas, indique la participation des annexes.

Bien que toutes les erreurs sur cette question soient possibles et excusables, nous n'en persisterons pas moins à affirmer qu'elles constituent et doivent constituer l'infime minorité. Nos éléments de diagnostic n'ont pas un caractère d'infailibilité, mais peuvent cependant, si on les a présents à l'esprit, faire éviter bon nombre de ces erreurs. Nos prétentions ne vont pas plus loin et nous concluons en disant :

Le clinicien, qui a, en mains, une observation complète et détaillée, ou qui, mieux encore, a pu assister lui-même à l'évolution des accidents ; celui qui scrute son malade, le serre de près, l'analyse avec soin, patience et méthode, ne laissant passer aucune des indications précédemment énumérées, aura vraiment peu de chances de s'écarter de la vérité.

RÉSUMÉ

Dans ce chapitre de clinique, nous avons laissé de côté la description complète des deux affections primitives ; lésion septique évidente des annexes, appendicite aiguë franche. Après en avoir présenté un tableau succinct, nous avons étudié en particulier la symptomatologie des lésions secondaires : Appendicite ou annexite surajoutée :

1^o Cliniquement parlant, l'appendicite d'origine annexielle évolue le plus souvent à la façon d'une appendicite chronique d'emblée à répétitions frustes. Elle est latente, insidieuse entre toutes et retentit peu sur la grande séreuse.

2^o En présence d'une double lésion septique des annexes évidente, on pensera à l'appendicite concomitante toutes les fois qu'on constatera une douleur sourde, contusive, persistante et prédominante à droite : chaque fois que le maximum des signes fonctionnels sera à droite, même si la fosse iliaque est libre, même s'il existe une lésion nette à gauche.

Le toucher vaginal, aidé du palper, sera le plus souvent négatif quand il y a simple adhérence de la pointe. Au second stade (adhérences plus étendues ou totales), la difficulté éprouvée pour limiter là a partie supérieure une tumeur annexielle droite qui semble tenir de ce côté et remonter plus haut à droite qu'à gauche, constitue une indication utile.

La plénitude de la fosse iliaque, sous forme d'induration diffuse ou de collection, est un fait rare qui appartient aux cas faciles.

3^o En présence d'une appendicite primitive bien caractérisée,

on songera à l'annexite droite surajoutée, en se basant surtout sur deux signes :

Menstruation devenant tardivement douloureuse et difficile (coliques salpingiennes) ;

Sensibilité de l'utérus, douleur perçue quand on mobilise le col ou qu'on palpe le bord utérin droit, fusion complète de la tumeur vaginale avec le globe utérin.

Ces indications, jointes à un examen méthodique et minutieux, à une analyse sévère et raisonnée des moindres signes d'une observation complète, suffisent dans la grande majorité des cas.

Il existe néanmoins un petit nombre de cas où, soit l'erreur, soit l'omission, sont excusables tant la difficulté est grande et la lésion atypique.

PRONOSTIC

Poursuivant toujours notre idée première, nous envisagerons uniquement le pronostic de cette appendicite d'origine annexielle.

Or, nous répondrons que le pronostic en est grave et doit toujours être réservé. Nous le dirons surtout aujourd'hui que l'on tend à prouver que ces appendices, les moins touchés et les mieux protégés en apparence, sont les plus dangereux et les plus exposés aux complications.

On peut nous objecter que cette appendicite chronique tend fréquemment vers la guérison spontanée ou anatomique, que la sclérose peut être totale, véritable appendicite oblitérante; que l'organe, en un mot, peut se supprimer de lui-même.

Certes la chose est possible et démontrée, nous l'avons vu, mais cette affirmation ne modifie pas notre pronostic.

a. — D'une part, le processus d'oblitération n'envahit pas toujours l'étendue de l'appendice; il peut débiter à l'une des extrémités où dans un point intermédiaire. La partie, située au-dessous ou au-dessus du point oblitéré, peut renfermer des produits septiques, suppurer et se perforer. Or quels sont les signes qui permettent de prévoir cette éventualité possible? Il n'en existe pas de nets. Nous l'avons constaté.

b. — D'autre part, en admettant que l'on sache à quoi s'en tenir, la guérison ne surviendra qu'au bout d'un temps très long. Les attaques répétées, subintrantes quoique frustes, transforment le malade en un véritable invalide, incapable de tout travail suivi. Elles viennent, comme le dit Fitz, empoisonner la joie de vivre.

Le pronostic de cette affection, qui est celui de toute appendicite chronique à répétition, reste donc très sérieux.

Il est grave, surtout si on attend, si on compte sur une guérison spontanée :

Que celle-ci soit certaine, on ne l'obtiendra qu'au prix de souffrances prolongées ;

Qu'elle soit douteuse, toutes les plus graves complications sont possibles.

De toutes façons, on laisse au malade un danger permanent, une épée de Damoclès, une épine provocatrice, comme le dit Damaye.

Le pronostic devient bénin si on intervient en temps opportun et par la bonne voie.

TRAITEMENT

Nous diviserons ce chapitre en deux parties :

I. Quand doit-on intervenir ?

II. Comment doit-on intervenir ?

I. Quand doit-on intervenir ?

Nous dirons deux mots seulement de l'indication opératoire dans le cas d'appendicite aiguë primitive, compliquée d'une annexite secondaire. Dans ces faits, la salpingo-ovarite passe au deuxième plan, l'idée d'appendicite prime tout dans la décision du chirurgien et nous nous ferons l'écho de tous en préconisant, *l'opération hâtive et précoce* ; les chances de guérison étant d'autant moins aléatoires qu'on intervient à une époque plus rapprochée du début des accidents.

Attendre, a dit Czerny, c'est compromettre la situation présente par les chances d'une suppuration ou d'une péritonite par perforation, c'est compromettre l'avenir en exposant la malade aux dangers de l'appendicite chronique.

Nous n'exceptons de cette règle absolue que le cas rare, mais authentique, où on hésite entre une première crise d'appendicite aiguë sans tuméfaction et une poussée banale de salpingite catarrhale aiguë, pour laquelle tout acte chirurgical est inutile et contre-indiqué. Dans ces conditions, l'expectation armée, et non l'abstention, est permise 24 ou 48 heures au maximum. Si, au bout de ce laps de temps, la détente presque classique de la poussée péritonéale d'origine annexielle ne s'est pas déclarée, si la situation ne s'améliore pas, le chirurgien a le devoir d'agir et d'agir vite.

Certains pourraient nous blâmer de cette conclusion. Aussi, tenons-nous à bien spécifier ce que nous entendons exactement par expectation armée. Cela équivaut à une surveillance attentive de la

malade qui doit être suivie et bien observée, en condition d'être opérée d'urgence, s'il le fallait.

Nous arrivons maintenant aux indications opératoires en présence d'une appendicite chronique et scléreuse, ou mieux de l'appendicite d'origine annexielle.

En thèse générale, on ne doit penser à l'intervention qu'après diagnostic posé. c'est-à-dire après examen attentif et du patient et de la lésion, enquête qui met une étiquette précise sur l'affection.

Dans la question qui nous occupe, le diagnostic complet a une importance d'autant plus grande que nous nous trouvons en présence de deux affections, qui, au point de vue opératoire, sont totalement différentes.

Qu'il s'agisse, en effet, d'une annexite bilatérale confirmée, mais isolée, rien ne presse dans la majorité des cas. On pourra être appelé un jour ou l'autre à intervenir si l'indication se précise, c'est-à-dire si les poussées aiguës se répètent avec tenacité et intensité plus grande, si une collection purulente devient saillante et évidente. Quoiqu'il en soit, dans bon nombre de cas, telle patiente a le droit de conserver des lésions dont la présence ne constitue pas un danger immédiat pour son existence.

Qu'une appendicite se surajoute à cette lésion génitale et l'intervention se pose.

a. — *Le diagnostic est posé ou soupçonné, quelles sont les indications nécessaires et suffisantes pour le chirurgien ?*

En octobre 90, le professeur Berger (1) s'exprimait ainsi à la Société de chirurgie : « Une simple et première crise d'appendicite ne suffit pas pour légitimer l'ouverture du ventre et l'excision du processus vermiculaire, car cette crise peut parfois être unique et le mal peut ne pas reparaitre. »

Nous partageons pleinement cette opinion. Il est bien certain qu'une première crise appendiculaire simple et nettement constatée ne doit pas entraîner fatalement l'intervention et qu'il est plus sage, comme le veut Tréves, de n'intervenir que quand les attaques se répètent et s'accroissent en fréquence et en intensité. Mais ce qui constitue la difficulté ici, c'est l'insidiosité extrême de l'affection et de ses crises si frustes et si difficiles à distinguer des crises salpingiennes ou pelviennes. Cette insidiosité est telle qu'il est

(1) BERGER, *Soc. chir.*, oct. 1890.

impossible de dire le jour où on a mis une étiquette précise sur la lésion ; *il s'agit d'une première crise ou il s'agit d'une crise ancienne déjà précédée d'atteintes multiples sourdes qui ont fait des ravages irréparables.*

D'ailleurs, pour certains auteurs, le nombre des rechutes n'est qu'un médiocre critérium. Pour M. Quénu (1), en particulier, la véritable indication est donnée par la constatation, au palper iliaque, d'une lésion persistante sur le bord externe du grand droit, d'une grosseur dure, douloureuse au toucher, ou spontanément à certaines périodes de la digestion, dans certains mouvements. C'est cette constatation matérielle qui est pour lui le vrai guide, fut-il besoin de donner du chloroforme pour en avoir vérification.

Or cette indication est précieuse, entre toutes, et doit servir de règle chaque fois qu'elle existe. Ce qui nous oblige à cette restriction, c'est que non seulement les crises franches, mais aussi le reliquat inflammatoire dans la fosse iliaque, sont autant de symptômes absents dans bon nombre de nos observations. Or là c'est vraiment sur les caractères spéciaux de la douleur en particulier, auxquels peuvent s'ajouter quelques finesses de toucher et par hasard un signe fonctionnel prédominant, que sera basée l'indication opératoire.

b. — *Les indications sont établies, est-ce l'expectation armée, ou l'intervention qui doit l'emporter ?*

Nous condamnons l'expectation armée, en nous appuyant d'abord sur nos conclusions pronostiques qui démontrent la gravité possible de cette forme anatomo-pathologique. Nous repousserons enfin cette attente par ce que nous manquons d'éléments diagnostiques, permettant de prévoir le stade de la lésion, *de caractères, laissant reconnaître que telle appendicite va être bénigne, se terminer par résolution ou aboutir à une sclérose totale.* Dans le doute où on se trouve de l'état de l'appendice, il est préférable d'intervenir.

L'opération n'a aucun caractère d'urgence absolue, il n'y a pas là, comme le disent les Américains, une question de minutes. C'est après réflexion, après analyse sévère et du malade et de la lésion, que l'intervention devra être décidée. Elle sera donc faite sans précipitation, dans les meilleures conditions, mais ne devra jamais être différée.

(1) QUÉNU, *Soc. chirurg.*, 12 juin 1892.

Cette règle de conduite sera la bonne, toutes les fois que l'appendicite secondaire, surajoutée sera diagnostiquée ou soupçonnée. Ne penserait-on même qu'à des adhérences appendiculaires, il est encore sage d'agir ainsi, surtout chez une femme porteuse en réalité d'une double annexite. Si une telle appendicite était isolée, on attendrait peut-être ; en présence de la coexistence des deux lésions, on n'a pas le droit d'hésiter.

L'incision exploratrice ne doit pas être un moyen d'investigation habituel. Cependant dans les cas complexes où le diagnostic est vraiment impossible, elle peut devenir un complément de diagnostic utile. C'est souvent alors le premier temps d'une opération plus complète.

II. Comment doit-on intervenir ?

A. — **Quelle voie suivra-t-on ?** — C'est toujours à la voie *abdominale* qu'on devra recourir.

Où faudra-t-il inciser, sur la ligne médiane ou dans la fosse iliaque ?

a. — L'incision devra être *latérale* (incision classique de Roux), dans les cas d'appendicite aiguë avec collection enkystée reconnue ou probable, coexistant avec une annexite secondaire, plastique ou suppurée : lésion unilatérale droite.

Cette laparotomie est la règle dans ce type. La grande cavité étant protégée par des fausses membranes, l'incision médiane rendrait l'opération difficile et périlleuse en risquant d'inoculer inutilement le péritoine sain. Il faut donc ouvrir au niveau du foyer purulent. Il reste la question de l'annexite surajoutée. Or l'exploration en est possible par cette voie et l'extirpation praticable au besoin, mais dans certains cas bien définis que nous préciserons.

b. — La laparotomie sera *médiane* en général dans tous les cas où on hésite entre une appendicite et une annexite. « Les appendicites, dont le diagnostic n'est que probable, a dit le professeur Berger (1), doivent être opérées comme une salpingite suppurée. Si, après l'ouverture du ventre, on constatait un foyer appendiculaire méconnu nettement enkysté, mieux vaudrait alors abandonner cette incision et la compléter par une seconde latérale afin d'éviter une souillure inutile du péritoine ».

Cette ligne de conduite est applicable aux cas rares de double salpingo-ovarite avec appendicite suppurée. L'incision médiane

(1) BERGER, *Soc. de Chirurg.*, 15 août 1894.

permet l'ablation des annexes. L'incision latérale complémentaire permet d'évacuer le pus appendiculaire.

La laparotomie sera *médiane*, plus spécialement, dans les cas chroniques où il y a annexite double et appendicite chronique confirmée, où il existe un soupçon d'appendicite, voire même seulement d'adhérences de l'appendice. En un mot, quand on constatera, chez une malade, une douleur fixe à droite contusive et persistante, avec prédominance de tous les symptômes à droite, même en présence d'une double lésion annexielle volumineuse adhérente à l'utérus et bas située, on devra penser à l'appendice, on devra rejeter l'hystérectomie vaginale qui, là pourtant, trouve ses indications formelles et c'est par la voie abdominale que l'on devra aborder ces doubles lésions.

Si on a choisi la voie vaginale, deux cas peuvent se présenter :

a. — Les adhérences ont pu être libérées, sans léser l'appendice qui file en haut, et la lésion appendiculaire peut passer inaperçue et empêcher la malade de bénéficier des bienfaits de son intervention ;

b. — Les adhérences n'ont pu être détachées et, à part les cas heureux où l'appendice, attiré à la vulve, est reconnu comme tel et est libéré avec soin ou réséqué suivant ses lésions, le plus souvent c'est sans le savoir qu'on blesse l'organe. Or cette blessure est faite dans de mauvaises conditions, on manque de place, on est gêné par les pinces, on risque de souiller l'intestin là où s'est écoulé quelques instants auparavant le pus des annexites. Bref, la résection en est laborieuse et difficile ; et c'est souvent à regret que l'on abandonne au fond de la plaie vaginale un moignon appendiculaire mal recouvert. Enfin, dans ce groupe de faits, il faut faire une mention spéciale pour les quelques cas où la blessure a été méconnue et a entraîné la mort de la malade.

La coexistence de ces deux lésions, l'affection qu'on peut appeler « Annexite et appendicite » constitue donc le triomphe de la laparotomie médiane, de cette laparotomie qui, comme le dit M. Pozzi, mène à tout quand on a l'habitude. Elle permet, ajoute-t-il, de réformer des erreurs de diagnostic, que ne peut toujours éviter l'examen clinique, elle empêche parfois des extirpations inutiles. Dans ce cas particulier elle permet l'ablation d'un organe dangereux. C'est donc sa réhabilitation dans un cas particulier de

double lésion des annexes : cas cependant où l'hystérectomie vaginale l'avait détrônée.

Et d'ailleurs, que pourrait-on lui reprocher à cette laparotomie ? Absolument rien pas même de laisser un utérus infecté et douloureux puisque nous connaissons maintenant l'hystérectomie abdominale totale pour annexite double et qu'un utérus inutile est aussi vite sacrifié par la voie abdominale que par la voie vaginale.

B. Quels organes doit-on sacrifier ? — 1° Voie latérale.

— A. *Appendice*. — Deux cas peuvent se présenter :

a. — Il y a collection enkystée ; on ne doit réséquer l'organe que si on le trouve ; *on ne doit pas le chercher.*

b. — Il n'y a aucun foyer purulent, mais péri-appendicite plastique ; on doit s'efforcer absolument de supprimer l'organe malade. Il faut savoir oser le chercher, comme le dit M. Quénu, à moins que des recherches minutieuses n'aient pas abouti, dans ce cas, il faut savoir s'arrêter.

B. *Annexes*. — a. — Il y a collection appendiculaire, la séreuse est bien protégée ; or là nous croyons utile de condamner toute manœuvre de recherche, toute exploration, ayant pour but de retrouver aussi bien l'appendice que la trompe et l'ovaire droits.

Si l'annexite est plastique, mieux vaut l'abandonner ; si elle est suppurée on peut tenter de l'ouvrir, dans le cas où il y a fusion des poches et fluctuation perçue sous le doigt, sinon on peut chercher à l'atteindre par la voie vaginale (colpotomie). Cette incision complémentaire assurera d'ailleurs le drainage des parties déclives.

b. — Il y a péri-appendicite plastique, la souillure du péritoine n'est pas à craindre : là on doit non seulement enlever l'appendice, mais on peut explorer et enlever par cette voie les annexes droites. Richelot rapporte même un cas où il est arrivé à explorer utérus et annexes gauches par l'incision de Roux (2).

2° Voie médiane. — Arrivons d'emblée au cas spécial suivant :

Une femme a une double lésion des annexes dûment constatée,

(1) POZZI. *Tr. de gynécolog.* 3^e édition 1897.

(2) RICHELOT. *Bulletin médical*, 12 mai 1897, page 441.

une prédominance des symptômes à droite a fait penser à une appendicite, on ouvre le ventre sur la ligne médiane. On trouve un appendice dur scléreux enserré dans une gangue plastique, très adhérent à la masse utéro-annexielle. Nous ne croyons pas qu'il y ait ombre de doute dans ce cas : c'est à l'ablation et des annexes et de l'appendice qu'il faut conclure.

Mais à côté de ces faits, nous supposons celui où un appendice sain en apparence, a peine congestionné, adhère, par sa pointe à un pyosalpinx, par exemple, doit-on le sacrifier ?

Terrillon dans son traité des salpingo-ovarites s'exprime ainsi :

« Dans les cas d'adhérences avec l'appendice, je décolle celui-ci avec précaution des annexes malades, et je l'abandonne dans l'abdomen ».

Cette opinion, permise au temps où tous les méfaits de l'appendicite chronique n'étaient pas encore complètement connus, doit-être modifiée aujourd'hui, et, d'accord avec nombre de chirurgiens avec Poncet de Lyon, avec Pozzi, Richelot nous dirons qu'un appendice même fixé par sa pointe, même indemne en apparence, doit-être sacrifié sans hésitation.

L'examen histologique de ces appendices nous a montré qu'il existait déjà un premier stade de folliculite, que l'appendice était touché. La clinique est venue confirmer les faits.

Nous avons pu suivre deux malades, chez lesquelles un appendice, simplement fixé quant à la pointe, par quelques adhérences lamelliformes, avait été libéré et abandonné dans la cavité pelvienne. Or ces malades, (Observ. III, IV) depuis le jour de l'intervention, n'ont jamais cessé de souffrir et d'accuser une douleur continue, persistante à droite, exagérée par la pression avec exacerbations douloureuses par intervalles. Ce sont encore des impotentes et qui vraisemblablement souffrent d'une appendicite latente, sèche, anatomique comme nous l'avons appelée.

Que se passe-t-il en effet, chez ces malades au lendemain de l'intervention ? Tout d'abord, l'appendice, préalablement adhérent, se fixe de nouveau aux viscères environnants, et cette adhérence se révèle par son symptôme caractéristique : douleur sourde à droite.

Cette appendicite au début pourra devenir séleuse, ne donner lieu qu'à des signes fonctionnels sans gravité, qui cependant condamneront les malades tôt ou tard à une pénible inactivité. Mais

qu'une infection secondaire quelconque surgisse et les complications déjà énumérées vont entraîner fatalement une seconde intervention plus grave et plus périlleuse que la simple résection à froid au cours de la première laparotomie.

Nous rapportons une observation très intéressante (Obser. XXXI) qui montre la possibilité de ce que nous avançons. Il s'agit d'une malade, qui subit d'abord l'ablation des annexes droites et chez laquelle on négligea un appendice à pointe adhérente. Six mois après on l'opérait de nouveau pour lui enlever son appendice en voie de perforation.

Nous terminerons par les deux conclusions suivantes :

1° *Quand l'appendice est seulement adhérent, ne serait-ce que par sa pointe avec ou sans arborisation vasculaires sur sa séreuse, il faut le sacrifier absolument. C'est là un complément facile, quand la cavité abdominale est ouverte et qui ne peut pas augmenter la gravité de l'acte opératoire.*

L'organe sera simplement reséqué à sa base ou mieux on obturera la cavité appendiculaire par le procédé dit à manchette (Quénu), quant au moignon il sera de préférence enchassé dans un repli de la paroi cœcale, manœuvre surtout destinée à empêcher les adhérences ultérieures (Pozzi).

2° *Quand l'appendice n'est pas en jeu, il est indiqué dans toute laparotomie, d'aller explorer le diverticule, inutile et dangereux, prêt à l'enlever, si l'ablation est reconnue nécessaire.*

Richelot rapporte un cas bien intéressant (1) où la négligence, consistant à ne pas explorer l'appendice, a été coupable.

Il s'agit d'une jeune fille, chez laquelle on porta tour à tour le diagnostic de pérityphlithématocèle, phlegmon du ligament large. Il restait des douleurs continues à droite, sans appareil inflammatoire, et on ne pouvait démêler s'il s'agissait d'une ancienne pérityphlite ou d'une annexite. L'incision exploratrice permit de reconnaître l'intégrité absolue de la trompe et de l'ovaire, le cæcum occupait sa situation normale, l'appendice ne fut pas regardé. La malade très améliorée continua bientôt à avoir des poussées subaiguës dans sa fosse iliaque, elle eut des périodes de bonne santé, suivies de rechutes dues à la reprise des douleurs.

« Il y avait là, ajoute l'auteur, certainement derrière le cæcum un

1. RICHELOT *Bull. Soc. Chirurgie* oct. 1888.

appendice malade, et je commis la faute de ne pas l'examiner et cette faute doit-être mise sur l'inexpérience dans laquelle on se trouvait à cette époque sur une question mal connue. »

Cette précaution évitera non seulement d'abandonner une appendicite latente, mais encore une appendicite franche comme dans (l'Obser. XXXII) où l'oubli de cette précaution força l'opérateur à ouvrir de nouveau le ventre d'une malade pour collection appendiculaire aiguë, quatre jours après une laparotomie pour pyosalpinx.

Peut-être arrivera-t-on un jour à supprimer, de propos délibéré, dans toute laparotomie, un appendice même sain, à affranchir le malade du port d'un organe qui n'est qu'inutile et devient si souvent nuisible. Actuellement, nous nous bornerons à réclamer l'ablation de ceux qui sont touchés, ne fut-ce qu'au premier degré.

En 1894, un chirurgien américain Binkley (1) s'exprimait ainsi :

« Il semble probable que cet organe, ainsi abandonné, soit pour une large part responsable des douleurs qui suivent certaines laparotomies et rendent les malades aussi impotentes après qu'avant. »

Nous partageons pleinement cette opinion, et nous sommes convaincus que c'est là une des premières raisons qui empêchent beaucoup de femmes de retirer tous les bénéfices de leur intervention, que c'est là comme l'a dit depuis Delagénère (2) (du Mans), une cause fréquente des insuccès thérapeutiques obtenus après certaines ablations des annexes par la voie abdominale, quand l'appendice n'a pas été examiné, et après un certain nombre d'hystérectomies vaginales, qui ne permettent pas son examen.

(1) BINKLEY. *Loco citato*.

(2) DELAGÉNIÈRE. *Loco citato*.

RÉSUMÉ

1° L'intervention devra être hâtive et précoce, toutes les fois qu'il s'agira d'une appendicite aiguë ou d'une collection appendiculaire enkystée, coexistant avec une lésion annexielle secondaire ou non.

2° Dans l'appendicite chronique d'origine annexielle, l'intervention, tout en n'ayant pas besoin d'être aussi immédiate, n'en est pas moins nécessaire : vu la gravité possible de cette forme anatomique et l'absence de caractères permettant de prévoir le degré de la lésion.

L'expectation armée n'est permise que durant le temps nécessaire à un examen méthodique et complet. Si de cette enquête il résulte même un soupçon d'appendicite, il faut agir sans hâte et dans de bonnes conditions.

3° La netteté des crises, leur intensité, leur nombre constituent un critérium médiocre, tant les attaques sont frustes et passent inaperçues.

La constatation d'une lésion anatomique persistante et douloureuse dans la fosse iliaque doit être un guide sûr quand elle existe.

Dans les cas complexes, où il n'y a parfois que des adhérences, les caractères spéciaux de la douleur avec certaines sensations perçues au toucher constitue la seule indication sérieuse.

4° La voie abdominale latérale est réservée aux collections appendiculaires enkystées coexistant avec une annexite droite.

La voie abdominale est la règle dans tous les cas d'appendicite et d'annexite double, plus spécialement d'appendicite

chronique complication d'une double lésion septique des annexes.

Dans les cas exceptionnels, où à l'annexite double et adhérente s'ajoute une appendicite suppurée collectée, l'incision latérale sera parfois un complément indispensable.

5° Si l'incision latérale s'adresse à une suppuration appendiculaire circonscrite on n'enlèvera l'appendice que s'il se présente de lui-même. On s'abstiendra de toute manœuvre d'exploration du côté des annexes surtout si la lésion salpingienne est sèche.

S'il existait une trompe suppurée, adhérente à la poche, on l'ouvrira si possible ; de préférence on l'abordera en un second temps par la colpotomie : voie précieuse de drainage.

6° Si l'incision latérale s'adresse à une péri-appendicite plastique on réséquera l'appendice ; de plus on pourra explorer et enlever, le cas échéant, les annexes droites.

7° Par la voie abdominale, on doit sacrifier non seulement les annexites mais tout appendice scléreux adhérent sur une faible hauteur ou simplement fixé par la pointe.

8° Dans toute laparotomie, pour lésions utéro-annexielles, il est indispensable d'explorer méthodiquement l'appendice.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Personnelle*)

*Annexite double. — Appendicite (adhérences de la pointe). Laparotomie.
— Castration double. — Résection de l'appendice.*

Bl.. Pauline, 30 ans, réglée à 17 ans, régulièrement — première grossesse à 22 ans normale — fausse couche de 7 mois à 24 ans — deuxième grossesse à terme à 26 ans. — A la suite de cet accouchement, poussée pelvi-péritonéale qui dure 10 jours. A partir de ce moment, la malade commence à souffrir dans le bas ventre surtout à gauche. Ces douleurs s'exagèrent au moment des règles, qui deviennent très abondantes et sont suivies de pertes muco-purulentes. Elle subit un curettage à Lariboisière à cette époque.

A la suite du curettage, suspension de règles pendant 4 mois, réapparition des douleurs qui se localisent à droite; d'intermittentes qu'elles étaient, elles deviennent constantes. Nouvelle poussée pelvi-péritonéale avec douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite, ballonnement du ventre, constipation, dyspepsie, état général mauvais.

Examen. — Utérus volumineux en antéflexion, absolument immobile et très douloureux.

A droite, le toucher vaginal dénote la présence d'une grosse tumeur du volume du poing, accolée à la partie antéro-latérale droite de l'utérus. Elle est assez élevée et semble fixée en haut. La fosse iliaque est douloureuse mais libre.

A gauche, le cul-de-sac est rempli par une masse d'exsudat et il est difficile d'y reconnaître les annexes.

Le volume énorme de l'utérus, la disparition des règles, depuis quatre mois, le soupçon d'adhérences intestinales et appendiculaires sont des raisons qui engagent l'opérateur à abandonner la voie vaginale, même en présence de cette double lésion annexielle.

Laparotomie. — (mai 1895). — Incision de 12 cent. Ecoulement d'une petite quantité de sérosité. La main introduite constate la présence, en

avant de l'utérus, d'une grosse masse d'épiploon vasculaire et adhérent à la calotte de l'utérus et à sa partie antéro-latérale droite. On décolle les adhérences et on résèque l'épiploon épaissi.

A droite, on tombe sur une poche remplie de liquide séreux qui crève sous le doigt. Cette poche (péri-méthro-salpingite séreuse) est très adhérente au cul-de-sac de Douglas, et à l'utérus.

On arrive sur les annexes droites, la trompe très volumineuse et fluctuante est fusionnée avec l'ovaire kystique et dégénéré. Aux parois de la trompe adhère l'appendice iléo-cæcal dont la pointe seule est fusionnée avec la paroi externe de la trompe. On dissèque aux ciseaux l'adhérence appendiculaire et on résèque l'organe à la base. On termine en invaginant ce moignon dans un repli de la paroi cæcale.

Les annexes droites haut placées sont décortiquées et enlevées.

A gauche, mêmes lésions plus volumineuses, mêmes poches de péri-métrites séreuse. — Ablation.

Drainage. Guérison complète.

(La malade revue par nous ne souffre plus du ventre, les fonctions intestinales sont régulières).

Examen des pièces. — *a.* Ovaires kystiques, dégénérés.

b. Trompes oblitérées, très volumineuses, contenant un liquide séropurulent.

c. Appendice, d'apparence à peu près normale, sauf à la pointe, où il est très vascularisé et épaissi, la séreuse porte à ce niveau de nombreuses traces d'adhérences.

La cavité est vide de corps étrangers et contient à peine une goutte de sérosité. A la pointe la muqueuse est légèrement tuméfiée et violacée.

Des coupes de cet appendice ont été pratiquées et le résultat de l'examen histologique a été reproduit au chapitre d'anatomie pathologique (page 40).

Examen bactériologique. — *a.* Liquide des trompes : cultures de streptocoques pyogènes.

b. Sérosité appendiculaire : cultures de coli-bacille.

OBSERVATION II

Pyosalpinx double et appendicite (adhérences de la pointe). — *Laparotomie.* — *Castration double.* — *Réséction de l'appendice.* — *Guérison.* (in *Thèse CHOIGNON*, Lyon, 1894).

Une femme de 23 ans, réglée à 19 ans, contracte une blennorrhagie à la suite des premiers rapports sexuels. Des douleurs abdominales très vives se montrent d'abord à droite puis diminuent, pour prédominer à gauche. Néanmoins, il persiste à droite une douleur sourde, constante. Dans l'intervalle de ses règles, la malade a des pertes blanches abondantes, pertes jaunes purulentes. Les troubles vésicaux sont nets et la cystite intense.

Peu de troubles intestinaux.

Au toucher vaginal: on trouve l'utérus non dévié et peu mobile. A gauche, en combinant le toucher à la palpation bimanuelle, on trouve dans le cul-de-sac latéral une masse nette de salpingo-ovarite, mais très haut située et très adhérente. A droite: on trouve une masse identique située au dessus du cul-de-sac latéral et très adhérente.

Opération. — *Laparotomie.* — A gauche: décortication de la trompe qui est très adhérente et qui contient du pus. — Ablation des annexes.

A droite, on se trouve en présence de lésions identiques. La trompe qui contient aussi du pus, est dilatée, cylindrique. Il existe des adhérences très intimes qui la relient à la pointe de l'appendice vermiforme. Ce dernier est bas situé dans le pelvis, il est de forme cylindrique et semble se confondre avec l'extrémité interne de la trompe, et il n'est reconnu que parce qu'il est vu se continuant avec l'intestin.

Ces adhérences qui sont lamelliformes sont détachées avec soin. On résèque l'appendice et on pédiculise les annexes dont on pratique l'ablation.

Guérison complète.

OBSERVATION III (*Personnelle*)

Annexite double et appendicite (adhérences de la pointe). — *Laparotomie.* — *Castration double.* — *Appendice non réséqué.*

P... Marie, réglée à 17 ans, bien portante jusqu'à 19 ans. Grossesse difficile à 20 ans. — Suites de couches fébriles pendant 10 jours, abcès du sein. Les règles réapparaissent dix mois après l'accouchement et sont régulières pendant 1 an 1/2; puis pendant six mois elles sont très abondantes et reviennent tous les quinze jours, s'accompagnant de douleurs unilatérales assez vives.

En juillet 92, hémorrhagie abondante pendant 15 jours, avec douleurs lombaires et abdominales. En août 92, la malade contracte une blennorrhagie, elle est soignée à Beaujon où elle fait une poussée de pelvi-péritonite.

Depuis ce moment la malade a constamment souffert dans le ventre, les douleurs sont surtout marquées à droite et deviennent constantes, les règles sont très douloureuses et irrégulières. La constipation existe surtout depuis la poussée de pelvi-péritonite. Tous les symptômes sont localisés à droite.

Examen. — Utérus peu mobile, en antéflexion.

Du côté gauche, on trouve une tumeur du volume d'un œuf, séparée de l'utérus par un sillon peu prononcé et paraissant adhérente à la fois à l'utérus et aux parois pelviennes.

Du côté droit: tumeur moins volumineuse excessivement adhérente en dehors et en haut, fosse iliaque douloureuse mais libre.

Diagnostic. — Pyosalpinx ancien se transformant en salpingite-parenchymateuse. Adhérences intestinales à droite.

Opération. — (7 décembre 93). Hôpital Broca. — Une petite incision abdominale fait tomber sur des adhérences filamenteuses très résistantes, qui cloisonnent le cul-de-sac de Douglas. La tumeur gauche adhère à l'utérus par une surface assez étendue. Elle est détachée et le pédicule est lié.

Du côté droit, la tumeur est plus molle, donne la sensation d'une collection liquide en forme de boudin contourné. En la libérant des adhérences qui la fixent de toutes parts, on constate qu'elle adhère à l'appendice iléo-cæcal. Au moment où l'on rompt ces adhérences, il s'échappe du pus lactescent qui est recueilli sur des compresses limitant le champ opératoire. On lie les annexes. On cautérise le pédicule qui est épais et lardacé.

L'appendice est abandonné et non réséqué.

On lave le péritoine pelvien, on draine et on referme.

Nota. — La malade, dès le 3^{me} mois après son opération, commence à souffrir de douleurs sourdes, localisées à droite. Revue en décembre 97, elle raconte que, depuis son opération, elle n'a jamais été bien portante. Sujette à des crises de constipation opiniâtre, elle souffre toujours à droite, les douleurs sont assez vives mais ne présentent pas de paroxysmes aigus, les digestions sont difficiles.

Néanmoins elle se refuse même à un examen dans la peur qu'on lui conseille une nouvelle intervention.

OBSERVATION IV (*Personnelle*)

Double pyosalpinx et appendicite (adhérences de la pointe). — *Laparotomie.* — *Castration double.* — *Appendice non réséqué.*

Ch... Hélène, réglée à 16 ans, régulièrement pendant 4 mois. A cette époque, la malade contracte une blennorrhagie suivie de l'apparition de pertes purulentes avec tout le cortège des phénomènes vésicaux. A la suite de cette blennorrhagie, aménorrhée douloureuse pendant 8 mois; pertes blanches toujours abondantes. A chaque époque menstruelle, la malade est prise de douleurs abdominales avec irradiations dans les lombes et les cuisses. Au bout du neuvième mois, réapparition des règles qui sont douloureuses jusqu'en février 89, puis aménorrhée pendant 3 mois. En août 89, nouvelle blennorrhagie pour laquelle la malade est soignée à la Charité pendant 3 mois. A cette époque elle fait une poussée de pelvi-péritonite.

Depuis ce moment, elle voit irrégulièrement et elle souffre constamment dans le bas-ventre; elle souffre à droite et à gauche mais accuse des points douloureux persistant dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs sont lancinantes au moment des règles. Les pertes blanches sont continuelles, la miction est toujours douloureuse. L'état général reste assez bon, les digestions sont pénibles et la constipation est tenace.

Examen. — Utérus en position normale, adhérent et douloureux. Col ulcéré.

A droite : tumeur bosselée, du volume d'une mandarine, allongée transversalement, rénitente, douloureuse à la pression, adhérente à l'utérus mais séparée du corps utérin par une sorte d'étranglement.

A gauche : tumeur plus volumineuse, très douloureuse, fusiforme, rénitente mais mobile et nettement séparée de l'utérus par un sillon.

Diagnostic: Double pyosalpinx avec adhérences intestinales.

Opération (20 mai 89 Hopital Broca). — Incision abdominale de 5 à 6 c. On tombe sur les annexes droites, recouvertes d'adhérences intestinales. Celles-ci sont libérées et au moment où, ayant isolé la trompe qui est flexueuse, du volume du pouce, accolée à un ovaire gros comme une noix, on va pédiculiser ces annexes, on s'aperçoit que l'appendice iléo-cæcal en situation pelvienne adhère par la pointe à l'utérus et au 1/3 interne de la trompe. La fusion est si intime qu'on était sur le point de le prendre pour l'extrémité interne de la trompe. Cet appendice est alors détaché ; quoique très vascularisé à la pointe, il est abandonné et on enlève les annexes droites.

A gauche on enlève avec peine une grosse trompe suppurée.

Drainage et fermeture de la paroi.

Nota. — La malade sort guérie et revient en juin se plaignant de douleurs qu'elle localise à droite. On ne trouve rien dans le cul-de-sac droit et on pratique un curetage.

Nous avons pu revoir cette malade en 97. Elle a toujours souffert depuis son opération et souffre toujours à droite au niveau de son appendice. Elle raconte qu'elle est prise de crises douloureuses dans l'intervalle de ses règles qui ont persisté. Ces crises s'accompagnent de nausées, sans vomissements, et d'une constipation opiniâtre. A la suite d'un purgatif une débâcle intestinale se produit, les douleurs se calment, mais la région reste douloureuse.

La malade se refuse à toute nouvelle intervention.

OBSERVATION V (Personnelle)

Double salpingo-ovarite parenchymateuse gonococcique et appendicite scléreuse. — Laparotomie. — Castration double. — Résection de l'appendice. — Guérison.

C... Anna 23 ans. — réglée à 15 ans irrégulièrement. Grossesse à 19 ans. Accouchement au forceps. Infection consécutive. La malade, reste trois mois alitée avec douleurs abdominales généralisées, fièvre (39°), ballonnement du ventre, nausées, vomissements, constipation. La malade se relève difficilement, elle conserve des douleurs abdominales, une constipation assez intense, et des digestions difficiles.

En juillet 1894, elle fait une nouvelle poussée de pelvi-péritonite, les douleurs ont leur maximum à gauche, les règles sont très douloureuses, très abondantes, et dans l'intervalle on note des pertes blanches très épaisses

qui tachent le linge. A cette époque, il existe aussi des phénomènes de cystite (pollakiurie, douleur à la fin de la miction) tous accidents qui semblent dus à une blennorrhagie non avouée par la malade.

Depuis cette époque, la malade a conservé des douleurs abdominales bilatérales avec maximum d'intensité au moment de l'apparition des règles. Ce sont alors des crises aiguës qui forcent la malade à s'aliter. Les digestions sont devenues plus faciles et la constipation a presque disparu.

En septembre 1897, métrorrhagie très abondante pour laquelle un curetage est fait en ville. A la suite du curetage, les douleurs réapparaissent plus intenses et surtout marquées à droite. Les paroxysmes douloureux se montrent non seulement au moment des règles mais dans leur intervalle, la constipation est revenue opiniâtre.

Le 30 novembre à la suite d'une crise plus forte la malade rentre à l'hôpital Broca.

Examen. — L'utérus est en rétroflexion, adhérent et très douloureux à la palpation. Il est gros et immobile.

A gauche, on trouve une tumeur annexielle très volumineuse (une orange), très adhérente à l'utérus et au pelvis, et se prolongeant en arrière. A droite, on trouve une masse volumineuse fusionnée avec l'utérus, mais on la délimite mal en haut.

D'ailleurs la région iliaque droite est beaucoup plus douloureuse à la palpation bimanuelle. Néanmoins, on ne trouve aucun empatement au dessus de l'arcade de Fallope, il n'existe pas à ce niveau de point douloureux nettement circonscrit. La douleur est diffuse sans localisation.

La malade ayant eu ses règles deux jours après son entrée, on a pu assister à ces crises douloureuses qui ne présentent rien de caractéristique : simples douleurs plus vives à droite qu'à gauche avec irradiations lombaires sans ballonnement du ventre, sans nausées, ni vomissements, constipation légère cédant aux purgatifs.

Depuis son entrée, la malade perd constamment du sang en petite quantité et aux pertes rouges se mêlent des pertes jaunâtres légèrement fétides. La miction est toujours douloureuse. La fièvre est légère (37°8) et l'état général assez bon.

Diagnostic. — Double pyosalpinx ancien avec adhérences probables à l'intestin et en particulier à droite avec l'appendice probablement touché. C'est là d'ailleurs ce qui décide l'opérateur à choisir la voie abdominale.

Opération. — Incision de six centimètres. Des deux côtés les annexes sont repliées derrière le ligament large. Des adhérences étroites les relient aux anses intestinales. A gauche, l'S iliaque est fusionnée avec la trompe gauche. On dissèque avec soin ces adhérences et on touche la surface intestinale au thermo-cautère. Les annexes gauches sont alors isolées, décortiquées en quelque sorte, et on fait une ligature en chaîne sur le ligament large qui est épaissi et oedémateux.

A droite, on détruit les adhérences molles et on tombe alors sur un magma au sein duquel est l'appendice en situation pelviene. Il est replié en double anse sigmoïde et adhère par son extrémité inférieure et surtout par sa partie moyenne à l'extrémité externe de la trompe droite qui est elle-même très épaissie. Cet appendice qui semble petit, dur au toucher est décorqué par la dissection de son mésentère.

On le resèque à sa base, on invagine le moignon dans le cæcum et on suture par dessus un pli du cæcum avec une série de sutures de Lambert à la soie fine.

On pose une ligature en chaîne sur le ligament large droit fortement infiltré lui aussi et on enlève les annexes droites.

On draine le Douglas avec une mèche de gaze iodoformée et on referme.

Guérison complète.

Examen des pièces. — *a.* Les trompes présentent des lésions de salpingite parenchymateuse (ancien pyo-salpinx).

b. L'appendice est contourné sur lui même comme un doigt en flexion il est court et mesure deux centimètres de longueur totale. Il est dur à la palpation et présente à l'union de son tiers inférieur et de son tiers moyen un point très dur et qui semble rétréci. C'est là le point d'adhérence principale avec la trompe. A la coupe, il est lardacé. Sa lumière est très diminuée surtout au niveau du point rétréci où elle n'excède pas un à deux millimètres.

Sa cavité est vide.

Pour le résultat de l'examen histologique nous renvoyons à la page (42) où la lésion a été prise comme type de description.

OBSERVATIONS VI

Double pyo-salpinx et appendicite scléreuse. — Laparotomie. — Castration double. — Résection de l'appendice. — Guérison.

(DELAGÈNIÈRE, du Mans, (*Congrès de Chirurgie*, 1897).

B..., Justine, 39 ans, réglée à 15 ans, a eu deux enfants, le dernier il y a 8 ans. Il y a 3 ou 4 ans, a eu des pertes blanches abondantes, qui ont duré six mois. Vers la même époque, elle a eu des douleurs vives dans la fosse iliaque droite, en même temps, ses règles sont devenues très abondantes. La douleur de la fosse iliaque droite, persiste dans l'intervalle des règles, elle est sourde et continue. Cependant elle subit, deux ans après, la première apparition, une poussée nouvelle qui dure six semaines. Il y a sept semaines, deux jours après la fin des règles, l'hémorragie utérine reparait accompagnée d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite. Cette douleur persiste. La malade trouve seulement qu'elle diminue, lorsqu'elle se contente d'une alimentation liquide.

L'état général est médiocre, la malade est neurasthénisée, mais ne présente rien au cœur ni aux poumons. Les urines sont normales.

Localement, l'utérus est fixé dans un amas diffus et dur qui remplit le bassin. Ces douleurs ressenties à la pression, sont plus vives à droite. Par le toucher rectal on contrôle les renseignements fournis par le toucher vaginal.

Opération (le 13 mai 97). — Après ouverture de la cavité abdominale, on détache l'épiploon et l'intestin des organes pelviens auxquels ils adhèrent. A droite, l'intestin est fusionné à une poche volumineuse, formée aux dépens de la trompe remplie de pus. Cette poche est évacuée, l'intestin libéré, et les annexes droites excisées. L'appendice est trouvé en rapport avec ce foyer, ses parois sont altérées, il est enfoui dans des adhérences, et est dur à la palpation. Il est réséqué et l'orifice cæcal suturé à trois plans.

A gauche : lésions moins considérables ; trompe suppurée, ovaire scléro-kystique — excision des annexes.

Drainage avec un Mickulicz, fermeture du ventre, guérison.

Examen de l'appendice (Dr Pilliet). — Appendicite folliculaire très ancienne, avec conservation des glandes superficielles. Pas de bouchon stercoral.

OBSERVATION VII

Annexite double et appendicite scléreuse. — Laparotomie. — Castration double. — Résection de l'appendice. — Guérison.

(DELAGÈNIÈRE, du Mans, (*Congrès de Chirurgie*, 97).

Pf..., Françoise, âgée de 33 ans, a une première couche à 24 ans, qui lui laisse des douleurs dans le bas-ventre, au moment des règles. Elle est en outre très constipée depuis cette époque. Elle a de nouveau trois enfants, et se plaint de plus en plus avec chaque nouvelle grossesse. Depuis six mois, les règles deviennent abondantes, elles durent huit jours chaque fois et reviennent toutes les trois semaines. L'état général est médiocre, la malade vit pour ainsi dire au lit. Rien au cœur et aux poumons, urines normales.

Au toucher, le col est gros, entr'ouvert, fongueux, le fond de l'utérus est senti dans le cul-de-sac postérieur. Le palper est douloureux surtout à droite où on ne sent aucune tumeur, et les annexes paraissent normales. Le périnée est déchiré.

Le 5 janvier 1897, curettage, amputation du col, périnéorrhaphie et Alexander.

Après cette intervention, la malade est réglée tous les 24 à 25 jours, mais souffre toujours à droite. Les douleurs deviennent plus vives au moment des règles, il existe des points douloureux à droite, entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure. Au toucher les annexes sont douloureuses et augmentées de volume. Le palper révèle que ce point dou-

loureux accusé par la malade, occupe précisément le siège de l'appendice. La constipation opiniâtre fait encore pencher pour l'appendicite.

Opération (le 14 mai 97), (Résumé). — Incision abdominale médiane. Le fond de l'utérus est en bonne situation. Les annexes présentent quelques adhérences lamelleuses de chaque côté, elles sont isolées et excisées. L'appendice est pris dans quelques adhérences plus solides, il est isolé et réséqué.

Le ventre est réfermé. La malade guérit et ne souffre plus.

Examen des pièces (Dr Pilliet). — 1^o *Appendice*. — Les coupes montrent de dedans en dehors, les glandes en tubes raccourcies et isolées les unes des autres par une infiltration conjonctive considérable. Au dessous, se trouvent des follicules dont le pourtour se confond avec cette zone d'infiltration. Ils sont gros, tuméfiés, souvent disposés sur deux et trois rangs, remplaçant par conséquent le chorion. Quelques-uns sont ouverts à la surface de l'intestin et en train de se vider. Le chorion contient déjà une grande quantité d'amas de cellules adipeuses. Le muscle est intact et peu lésé.

Appendicite folliculaire au début.

2^o *Annexes*. — Salpingo-ovarite double, catarrhale interstitielle, et parenchymateuse.

OBSERVATION VIII.

Annexite double et appendicite scléreuse. — Laparotomie. — Castration double. — Résection de l'appendice.

(DELAGÉNIÈRE, du Mans. *Congrès de chirurgie* 97).

T... August. âgée de 27 ans, n'est réglée que depuis l'âge de 21 ans. Elle n'a pas eu d'enfants, ni fait de fausses couches. Elle commence à souffrir du ventre il y a cinq ans. Les règles deviennent douloureuses et durent 8 à 10 jours. Dans l'intervalle des règles, la malade retrouve d'abord la santé, mais bientôt ses douleurs deviennent continues et semblent se localiser dans le côté droit depuis deux ans. En même temps, la malade est prise de constipation et les digestions deviennent difficiles. Il y a quatre mois, elle est prise d'une poussée de pelvi péritonite qui donne lieu à la formation d'un abcès intra-abdominal qui s'évacue dans l'intestin. Après cet accident, la malade s'amaigrit, et bientôt elle est prise d'élançements dans le bas-ventre. La douleur se localise à droite. La fièvre est constante, la malade se cachectise et arrive dans un état déplorable à la maison de santé dans les premiers jours de juillet 1896.

A ce moment la température vespérale atteint 39 à 40° chaque soir. Elle présente une tuméfaction qui remplit complètement le bassin et ne présente pas de fluctuation. Deux jours après son entrée, elle évacue du pus dans ses selles, ce qui amène une détente. On lui conseille alors de rester

chez elle et de se soigner par le repos, les injections vaginales et les grands lavages de l'intestin pendant six mois.

Elle revient en septembre 1896, légèrement améliorée mais présentant les mêmes symptômes locaux, masse dure occupant tout le bassin, pus dans les selles, température vespérale moins élevée (38°.)

Opération. — 24 septembre 96. (Résumé). Incision abdominale médiane. — On tombe sur une masse épiploïque adhérente à la paroi et aux organes pelviens. — On la délache et la résèque. On libère ensuite les anses intestinales qui sont fusionnées et adhérentes aux organes pelviens. Plusieurs cavités purulentes sont ouvertes et nettoyées. L'une d'elles, située derrière la masse formée par les annexes malades, s'étend jusque dans la fosse iliaque droite, elle est tapissée d'une pseudo-membrane épaisse et communique avec le rectum qui présente une ouverture de 2 centimètres de longueur. Dans le haut du foyer, l'appendice est trouvé adhérent à la pseudo-membrane sur laquelle il fait un léger relief. On avive la fistule rectale, on dédouble les parois rectales, et on la ferme par trois rangs de suture. On résèque l'appendice après l'avoir libéré de ses adhérences.

On cherche ensuite à isoler les annexes et l'utérus qui ne forment qu'un bloc au milieu d'adhérences épaisses et résistantes. On les isole en arrière, on les soulève pour rendre visibles les ligaments larges. On ouvre ensuite et successivement le cul-de-sac antérieur et le cul-de-sac postérieur, on résèque alors les deux masses latérales des annexes, l'utérus est libéré en deux coups de ciseaux et enlevé. Dans l'impossibilité où on se trouve de reconstituer le plancher pelvien, on draine par le vagin et on referme le ventre après avoir placé un tube à l'extrémité inférieure de la plaie.

Examen histologique de l'appendice (Dr Pilliet). — *Conclusion.* L'appendice est scléreux, oblitéré à la coupe. Il s'agit d'une appendicite scléreuse ancienne avec oblitération due à la fusion des follicules clos et non à un bouchon stercoral. (Voir page 44.)

OBSERVATION IX (*Inédite*)

Annexite double et appendicite scléreuse. — Laparotomie. — Castration double. — Résection de l'appendice.

(Dû à l'obligeance de M. le Dr QUÉNU et de M. BAUDET interne du service.)

R... L..., 19 ans, réglée à 14 ans régulièrement, fait une grossesse normale sans accidents à 17 ans. Cependant, depuis son accouchement, la malade raconte qu'elle a commencé à souffrir dans le ventre. Ces douleurs siègent des deux côtés (peut-être plus vives à gauche) avec irradiations lombaires. Cette sensibilité abdominale s'accompagne d'une leucorrhée profuse (sans troubles vésicaux).

Depuis le mois de mars 1897, les douleurs sont plus violentes dans la

région inguinale droite avec irradiations dans la cuisse droite. Ces douleurs sont exaspérées par la marche et l'approche des règles qui sont restées régulières. Ces crises sont devenues de plus en plus douloureuses, elles s'accompagnent de nausées et précèdent toujours les règles. Dans les derniers jours, les crises sont continuelles. Dans l'intervalle des règles, les troubles dyspeptiques sont exagérés et la constipation opiniâtre.

Au palper, il n'existe aucune tumeur ni empatement dans la fosse iliaque, on ne trouve pas de point de Mac Burney.

Au toucher vaginal, l'utérus est trouvé rétrofléchi légèrement ; à droite et à gauche on trouve des lésions qui semblent plus grosses à droite et prolabées à gauche.

En présence de cette douleur persistante à droite et de l'évolution des derniers accidents, on pense à des adhérences à droite du côté de l'appendice et on choisit la voie abdominale.

Laparotomie (8 novembre 97). — A gauche, la trompe adhère intimement à l'iliaque et à l'épiploon, il y a fusion de la trompe et de l'ovaire qui contient un petit abcès qui se rompt sans souiller le péritoine. L'épiploon est libéré et réséqué, les annexes enlevées. A droite, il existe des adhérences avec la paroi antérieure de l'abdomen avec la portion terminale de l'intestin et avec l'appendice. Ce dernier en situation pelvienne est d'aspect à peu près normal et simplement vascularisé ; il est muni d'un long méso et est adhérent à la trompe au niveau de son extrémité libre sur une étendue de 2 à 3 centimètres (figure 1). En ce point l'adhésion est intime et l'on ne peut songer à le libérer de la trompe.

On résèque et les annexes droites et l'appendice en faisant une collerette. On rabat la collerette sur le moignon en l'encapuchonnant et on suture cet appendice dans l'intérieur de la paroi cœcale.

Les adhérences à la paroi abdominale sont rompues et cautérisées au thermo. — Guérison.

Examen des pièces (dû à l'obligeance de M. Latteux).

a. — Appendice. — L'appendice est dur à la palpation, surtout au niveau du point adhérent à la trompe où il existe un petit noyau induré.

A la coupe, qui est lardacée, on trouve la cavité vide et la lumière très rétrécie au niveau du point adhérent.

Sur une coupe perpendiculaire à la surface interne de l'organe, coupe faite au niveau du point rétréci, on voit de dedans en dehors les points suivants :

L'épithélium intestinal est presque intact.

Les glandes ont partiellement disparu devant l'envahissement du tissu lymphoïde qui est considérable. Dans les glandes qui persistent, l'épithélium est en partie détaché.

La couche conjonctive sous-glandulaire est sclérosée, le tissu conjonctif est très dense, les vaisseaux sont épaissis.

La couche conjonctive intermusculaire est considérablement hypertrophiée.

La séreuse est très épaissie, elle forme à l'organe une sorte de gaine fibreuse contenant des vaisseaux à parois épaisses sclérosées.

Le tissu qui sépare la trompe est presque normal, il contient à peine quelques cellules embryonnaires.

b. — Trompe. — Pyo-salpinx. — Disparition de l'épithélium cylindrique. — Soudure des villosités. — Régression générale du tissu.

Il n'existe aucune communication entre les deux organes.

OBSERVATION X (*Inédite*)

Annexite double et appendicite scléreuse. — Laparotomie. — Castration double. Résection de l'appendice. — Guérison.

(Dû à l'obligeance de M. le professeur TEDENAS de Montpellier)

Nathalie G..., 24 ans, réglée à 13 ans régulièrement. Blennorrhagie à 20 ans avec poussée de pelvi péritonite. Annexite double consécutive, douleurs abdominales bilatérales, règles douloureuses durant 10 à 12 jours, leucorrhée abondante.

Peu à peu, les douleurs deviennent plus intenses à droite au niveau de la fosse iliaque, apparition de coliques intestinales dans l'intervalle des règles, ballonnement du ventre, troubles digestifs, constipation.

Examen. — Utérus en rétroflexion adhérente, douloureux à la moindre pression, masses annexielles bilatérales adhérentes à l'utérus.

Au palper abdominal : région cæcale douloureuse, dilatation du cæcum, pas de point net de Mac Burney, pas d'empatement.

Néanmoins le diagnostic posé fut annexite double et appendice probablement touché.

Laparotomie. — Annexite bilatérale adhérente, ovaires scléro-kystiques, ablation.

A droite, adhérence intime de l'appendice qui est très attiré en bas et en dedans (situation pelvienne). La fusion est intime avec la moitié externe de la trompe. On résèque l'appendice.

L'appendice est dur scléreux et complètement oblitéré.

Guérison complète.

OBSERVATION XI (*Inédite*)

Salpingo-ovarite droite et appendicite scléreuse. — Laparotomie. — Castration unilatérale. — Résection de l'appendice.

(Dû à l'obligeance de M. le Dr MAUCLAIRE et de M. COTTET, int. du service.)

R... Léonie, âgée de 22 ans, entrée le 18 janvier 1898, à l'hôpital St-Antoine dans le service du docteur Monod, alors suppléé par le docteur Mauclore.

La malade, qui se plaint de souffrir dans le ventre, a été réglée à 13 ans. Mais jusqu'à 19 ans, les règles ne sont apparues que trois fois. La santé a toujours été bonne. Elle n'a jamais eu ni troubles intestinaux ni coliques appendiculaires. Elle a fait une fausse couche de trois mois il y a cinq mois. Depuis elle souffre dans le ventre. Les douleurs ont débuté à gauche d'abord et au moment des règles qui sont régulières mais douloureuses et abondantes la malade a des pertes blanches profuses. Peu après les douleurs se sont localisées à droite et sont devenues persistantes. Le maximum des symptômes est de ce côté.

A l'examen on trouve les faits suivants :

Utérus normal, col entr'ouvert.

Dans le cul-de-sac droit, il existe une masse grosse comme un œuf, irrégulière, douloureuse à la pression, séparée de l'utérus par un sillon. En prenant cette masse entre les doigts vaginaux et la main abdominale on distingue un gargouillement qui fait penser à l'existence d'adhérences intestinales. On ne perçoit rien par la simple palpation abdominale dans la fosse iliaque.

Les autres culs-de-sac sont à peu près libres.

Diagnostic. — Ovaro-salpingite droite avec adhérences intestinales, probables de ce côté,

Laparotomie. — Le ventre ouvert, on trouve à droite une masse salpingienne entourée de nombreuses adhérences. En faisant la décortication on reconnaît qu'à la partie supérieure de la masse, adhère solidement l'extrémité de l'appendice qui est en situation basse. Celui-ci est gros et très induré.

On sépare l'appendice de la trompe. On pédiculise les annexes et on sectionne le pédicule au thermo-cautère.

On reprend ensuite l'appendice qui semble présenter des lésions suffisantes pour en indiquer la résection. Résection de l'appendice. Enfouissement du moignon dans la paroi caecale.

Les annexes gauches seulement adhérentes sont jugées suffisamment indemnes pour être laissées en place.

Suture de la paroi à deux étages, sans drainage.

Guérison complète.

Examen de l'appendice (dû à l'obligeance de mon collègue et ami M. Castaigne.

Examen macroscopique : lumière centrale considérablement réduite et épaississement notable de la paroi.

Examen microscopique : a. Epithélium intact ;

b. Glandes absolument saines ;

c. Follicules clos : sur quelques coupes, zones d'infiltration embryonnaire autour de très peu de follicules.

d. Sous-muqueuse très épaissie, constituée par du tissu conjonctif adulte avec peu ou pas de cellules jeunes.

e. Tissu musculaire dissocié par du tissu fibreux partant de la sous-muqueuse et se continuant avec la couche sous-péritonéale.

f. Couche sous-péritonéale : extrêmement épaissie et constituée par du tissu fibreux, mais contenant en certains points des vaisseaux très dilatés et gorgés de sang, autour desquels il y a quelques zones d'infiltration embryonnaire.

OBSERVATION XII (Inédite)

Annexite droite (Hydro-salpinx). Petites lésions à gauche. Appendicite. Laparotomie. Castration unilatérale. Résection de l'appendice. Guérison.

(Dûe à l'obligeance de M. le Dr TUFFIER et de M. DUJARIER, int. du service).

R..., Marie, 20 ans, réglée à 15 ans, régulièrement. A 18 ans suspension de règles pendant 8 mois. Dans l'intervalle pertes blanches, abondantes.

Leucorrhée accompagnée de douleurs abdominales bilatérales plus marquées à droite, avec irradiations vers la cuisse. Ces douleurs ne tardent pas à prédominer nettement à droite et prennent toute leur intensité à l'époque où devraient apparaître les règles. Au bout de 8 mois, réapparition des règles qui sont toujours accompagnées de douleurs à droite. Néanmoins les douleurs droites deviennent constantes et sont à la fois prémenstruelles et intermenstruelles. Il y a une seconde suppression de règles pendant 4 mois. Dans l'intervalle les pertes blanches se suppriment presque totalement. Les douleurs réapparaissent plus intenses toujours à droite jusqu'au jour où la malade revoit ses époques.

Ni grossesse ni fausse couche avouée, pas de troubles vésicaux nets.

Etat actuel. — Etat général assez bon, digestions pénibles. Constipation légère.

A l'examen de l'abdomen on ne note rien d'anormal à gauche.

Sur la ligne médiane, on sent le globe utérin assez facilement. A droite on a la sensation d'un plastron douloureux occupant tout le côté droit, du bord utérin à la paroi latérale de l'excavation pelvienne, et descendant en bas jusqu'au ligament de Fallope.

Ce plastron ne présente aucune fluctuation et on ne peut arriver à sentir aucune tumeur soit iliaque, soit faisant corps avec l'utérus. On détermine au niveau du point de Mac Burney une douleur assez vive.

Au toucher vaginal, on trouve un utérus en avant, immobile et douloureux. Le cul-de-sac postérieur est libre. Le cul-de-sac gauche est souple quoique sensible et on ne peut apprécier aucune lésion nette. A droite, on sent une masse dure faisant corps avec l'utérus et on la mobilise difficilement. Cette tumeur ne peut être délimitée quant à la partie supérieure

qui semble se prolonger vers la fosse iliaque. La fluctuation n'est pas perçue.

Diagnostic. — Annexite droite et appendice probablement touché.

Laparotomie. — Des adhérences épiploïques sont d'abord libérées. On résèque l'épiploon. Des adhérences intestinales avec l'utérus et qui se prolongent dans la fosse iliaque sont détachées difficilement surtout à droite et en arrière. On isole alors les annexes droites avec peine et on tombe sur un plan de clivage qui permet d'isoler et d'enlever une tumeur kystique du volume d'une mandarine (hydro-salpinx). L'ovaire est gros et kystique. Le tout est pédiculisé et enlevé. Néanmoins ces annexes adhèrent à un corps étranger bas placé collé à la paroi et qu'on suppose être l'appendice. Il est abandonné momentanément.

A gauche la trompe est épaissie non oblitérée adhérente dans le Douglas. L'ovaire est sain. On libère ces organes de leurs adhérences et on les abandonne.

On revient ensuite sur l'appendice et on fait une seconde incision latérale. Au devant du cæcum et en bas, on tombe sur un abcès fongueux, sans pus, ce qui explique la superficialité des lésions constatées cliniquement. L'appendice très adhérent est isolé et réséqué à la base. — Guérison.

Examen des pièces. — a. Trompe droite dilatée. Salpingite séreuse (hydro-salpinx).

b. Ovaire scléro-kystique.

c. Appendice très volumineux coudé sans corps étranger. Il contient du pus qui sort par l'extrémité sectionnée.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

Annexite double et appendicite scléreuse. Laparotomie. Ablation des annexes droites. Résection et ignipuncture de l'ovaire gauche. Résection de l'appendice. Guérison.

B... Augustine, âgée de 33 ans, réglée à 12 ans, très régulièrement, n'a jamais souffert du ventre jusqu'à l'âge de 26 ans. — A ce moment et à la suite d'un accouchement gémellaire la malade ressent quelques douleurs abdominales qui ne durent pas. Les règles deviennent légèrement douloureuses, dans l'intervalle, on note quelques pertes blanches. A 29 et à 30 ans : deux fausses couches.

Mais la malade souffre surtout depuis le mois de novembre 1893. A ce moment, apparaissent des douleurs abdominales généralisées violentes et des metrorrhagies qui se prolongent jusqu'au 5 janvier. Depuis cette époque, le repos et les injections chaudes ont un peu calmé les douleurs et arrêté les pertes de sang. Réapparition des douleurs dans la région iliaque droite avec recrudescence au moment des règles. Peu à peu les crises doulou-

reuses apparaissent même dans l'intervalle des règles. L'état général devient mauvais, la malade est très anémiée, et très amaigrie.

L'appétit est médiocre, les digestions pénibles, elle souffre fréquemment de violentes coliques, elle est constipée mais la constipation remonte d'après elle à son accouchement gémellaire. Cette constipation est souvent entrecoupée de diarrhée. Chaque soir la malade a un peu de fièvre ($T = 38^{\circ}$).

Examen. — La palpation du bas ventre révèle des douleurs des deux côtés, surtout intenses à droite.

Le toucher vaginal montre un utérus assez gros en antéversion, peu mobile.

Le cul de sac gauche est libre, on trouve les annexes de ce côté, probables en arrière de l'utérus; l'ovaire est volumineux et très douloureux. Le cul-de-sac droit est occupé en partie par une tumeur prolongée en arrière et accolée à la face postérieure de l'utérus dont elle est séparée par un étroit sillon. Cette tumeur dure se prolonge dans la fosse iliaque droite et paraît adhérente à l'utérus et à une partie de la fosse iliaque.

Diagnostic. — On pense qu'il s'agit là de produits inflammatoires entre les annexes et l'appendice iléo-cæcal et on conclut à une double lésion des annexes surtout à droite avec appendicite.

Laparatomie (4 mars 93 Hop. Broca). — La malade est placée dans la position déclive extemporanée de Trendelenburg. On tombe sur des adhérences intestinales et épiploïques. On détache avec soin ces adhérences, qui permettent d'arriver sur les annexes droites très volumineuses et fixées à un exsudat au milieu duquel est l'appendice. — Les annexes droites haut situées sont difficilement décortiquées, puis pédiculisées et enlevées.

A gauche, on trouve un très gros ovaire : on en résèque une partie, on ignipuncture le reste et on laisse la trompe qui, quoique épaissie, est perméable.

L'appendice iléo-cæcal, normalement placé, est isolé de la gangue d'adhérences qui l'entoure. Il est dur à la palpation comme sclérosé. On le résèque à la base et on invagine le moignon dans son repli cæcal.

On ferme le ventre sans drainage. — Guérison.

Examen des pièces. — a. Annexes droites : la trompe est oblitérée, ses parois sont épaisses et très dilatées vers l'extrémité. Elle contient une certaine quantité de pus rougeâtre.

L'ovaire contient de petits abcès remplis de pus (le volume du tout ; trompe et ovaire, est égal au volume d'un œuf).

b. — Appendice lardacé à la coupe. Sa lumière est très rétrécie et égale à peine un millimètre. La sclérose est visible à l'œil nu. La cavité contient une quantité infime de sérosité tant la place est restreinte.

(L'examen histologique n'a pas été pratiqué).

Examen bactériologique. — Sérosité appendiculaire : Coli-bacille. — Pus salpingien : cultures stériles.

OBSERVATION XIV. (*Inédite*)

Annexite double. — Appendicite scléreuse. — Laparotomie. — Castration double. — Résection de l'appendice. — Guérison.

(dû à l'obligeance de M. le professeur TÊDENAS de Montpellier).

Anna P... 29 ans, règles régulières de 15 à 24 ans. A 24 ans, deux mois après son mariage, douleurs abdomino-pelviennes, règles douloureuses durant 8 jours au lieu de 3 ou 4. Leucorrhée abondante. A 27 ans, attaque de pelvipéritonite qui oblige la malade à s'aliter un mois avec ventre douloureux, ballonné, vomissements. Il reste à la malade, en plus des douleurs pelviennes une douleur haute dans la fosse iliaque droite, douleur constante avec constipation tenace et des coliques intestinales fréquentes avec gros borborygmes. Ces crises ont lieu dans l'intervalle des règles et alternent avec des coliques salpingiennes.

3 mai 94 : mauvais état général, amaigrissement, pâleur, anorexie, digestions pénibles.

A l'examen : utérus en rétroversion adhérente. Annexes gauches formant une masse dure, noduleuse, adhérente au bord gauche de l'utérus. Annexes droites plus haut placées très sensibles avec empâtement se prolongeant jusqu'au cæcum distendu.

Diagnostic. — Annexite double et appendicite.

Lapararomie. — Annexes gauches faciles à décoller, annexite noduleuse adhésive (ablation). Du côté droit, la trompe forme un kyste purulent du volume d'un œuf de poule. A la partie externe de ce pyo-salpinx adhère l'appendice englobé dans des adhérences épaisses qui se prolongent jusqu'à son origine sur le cæcum. Résection de l'appendice à sa base. Décortication du paquet annexiel, on pédiculise sur la corne utérine et on sectionne. Suture au catgut des lèvres de la brèche péritonéale. Suture de la paroi sans drainage. Guérison complète (malade revue).

Examen de l'appendice. — Sa moitié inférieure très adhérente est dure et oblitérée. Sa moitié supérieure est distendue par de la sérosité.

OBSERVATION XV

Salpingo-ovarite double. — Appendicite. — Castration abdominale totale. — Résection de l'appendice. — Guérison

(PAUCHET *Semaine, Gynécologique*, 23 nov. 97).

Mme G... (30 ans) a eu deux enfants : le dernier il y a cinq ans, couches normales. Il y a 4 ans, début brusque de douleurs abdominales mal limitées paraissant occuper toute la partie inférieure de l'abdomen ; pas de vomissements. La malade ne garde pas le lit. Plusieurs crises analogues sont survenues. Leucorrhée depuis deux ans seulement. Il y a 3 mois, poussée de péritonite très nette ; état très grave ; température 39, 40, pouls

120. Docteur Lévêque, de Montdidier, constate au-dessus du petit bassin un gâteau de pelvipéritonite remontant à droite sous forme de plastron, de plus l'aspect empâté des culs-de-sac vaginaux, la fixité absolue de l'utérus ne laissent aucun doute sur l'existence d'une poussée aigue de pelvi-péritonite. Comme traitement, glace sur le ventre, opium, lavements, etc. La crise se calme au bout de 3 semaines, mais laisse des douleurs persistantes dans le petit bassin et la fosse iliaque droite. La malade ne peut travailler.

Examen. — A droite, masse irrégulière, sensible à la pression, directement accolée à l'utérus et remontant vers la fosse iliaque qui est remplie. L'utérus est porté en avant et très peu mobile; A gauche, on ne perçoit guère de sensations nettes mais le cul-de-sac postérieur paraît contenir les annexes sous forme d'une masse fluctuante.

Diagnostic. — Annexite double et appendicite.

Laparotomie (20 octobre 97). — Pour cette raison, on choisit la voie abdominale. A l'ouverture du ventre de nombreuses adhérences de l'intestin et de l'épiploon voilent les organes pelviens. Ces adhérences sont détachées, les annexes droites occupent le cul de-sac postérieur, ce dernier étant en partie rempli par une collection séreuse, consécutive à la péritonite. La trompe et l'ovaire sont difficilement séparés du rectum et de l'utérus. Les annexes droites présentent le volume d'un œuf, la trompe est le siège d'une inflammation interstitielle (salpingite parenchymateuse) et l'ovaire contient un gros kyste séro-hématique. L'appendice vermiculaire du cæcum, enfoui dans un magma d'adhérences, descend dans le petit bassin au contact même de la partie postérieure de l'ovaire à laquelle il adhère. Une sorte de pus concret est découvert entre les adhérences des annexes droites, l'appendice vermiculaire, la face postérieure de l'utérus et autour des annexes gauches qui occupaient le Douglas. En présence de la lésion certaine à droite, et, par suite de la crainte de nouvelles poussées de périmérite, si on laissait en place cet utérus gros et saignant, flanqué d'annexes gauches déjà compromises par les crises de péritonite pelvienne antérieure, on fait la castration abdominale totale (procédé américain).

On découvre alors que l'appendice vermiculaire est perforé à son extrémité qui adhérait à l'ovaire. Cet appendice est réséqué à sa base. On fait un drainage vaginal, on referme le ventre.

Guérison.

OBSERVATION XVI

Pyo-salpingite bilatérale et appendicite suppurée. — Laparotomie. — Castration double. — Résection de l'appendicite. — Guérison.

(DELAGÈNIÈRE du Mans. *Archives Médic.*, Angers, 20 Mars 97).

Il s'agit d'une malade, âgée de 23 ans, dont la sœur est morte de tuberculose pulmonaire; réglée à 11 ans, sa menstruation a toujours été régu-

lière. Elle eut une fausse-couche il y a trois ans, et un enfant il y a 19 mois. Depuis ses couches, le ventre est resté douloureux au moment des règles, et aussi entre les règles; la marche était très pénible. A deux ou trois reprises, la malade ressentit des douleurs vives dans le côté droit du ventre; elle confondait ces douleurs avec les douleurs du bas-ventre; la constipation était habituelle. Le 12 juin, elle est prise subitement d'une douleur atroce dans le côté droit avec ballonnement et vomissements. Le 17 juin, on constate chez la malade la présence de salpingite avec adhérences pelviennes et foyer collecte à droite.

Diagnostic. — Appendicite et annexite double. *Opération* (6 juillet).

Laparotomie. — Après incision sous ombilicale de 8 centimètres environ, on tombe sur l'épiploon qui adhère à la paroi et au péritoine de la fosse iliaque droite. L'utérus et les annexes sont recouverts par des anses intestinales agglutinées. Ces anses sont décollées de leurs adhérences puis refoulées vers le diaphragme. Les annexes gauches sont isolées et excisées (pyo-salpinx). L'utérus est isolé en arrière. Les annexes droites sont recherchées dans un magma d'adhérences où se porte l'épiploon. L'épiploon est sectionné et lié. Les annexes droites, qui sont suppurées, sont réséquées.

Revenant ensuite vers la partie inférieure de la fosse iliaque droite, on isole avec grand soin une anse d'intestin grêle comprise dans les adhérences. Au-dessous de cette anse, existe un foyer suppuré au centre duquel on reconnaît l'appendice. Cet appendice est perforé à son extrémité. On le résèque sur deux rangs de suture.

Le bassin est nettoyé, le cul-de-sac de Douglas drainé, la paroi fermée. Guérison sans incident.

OBSERVATION XVII

Double pyo-salpinx et appendicite suppurée. — Laparotomie. — Castration double. — Résection de l'appendice. — Guérison.

(SAGGARD. — *Americ Journ. of obstetric.* New-York 1893)

L... C... 21 ans, se présente en décembre 1892 avec l'histoire suivante : fausse couche de 7 mois (à 20 ans), suivie de fièvres, de douleurs abdominales bilatérales précédant les règles. La malade se rétablit et souffre à peine, quand, il y a 4 mois, elle est prise d'une douleur brusque dans le côté droit avec sensibilité extrême dans la fosse iliaque. Il y a du ballonnement du ventre et une fièvre assez forte. Cette crise douloureuse a éclaté au moment de l'apparition des règles. Au bout d'une semaine, la malade se relève et continue à présenter une menstruation irrégulière et douloureuse. Cinq semaines après, elle est reprise d'une douleur aiguë dans le côté droit, accompagnée encore de sensibilité et de fièvre. Trois jours après, les symptômes sont assez apaisés pour permettre l'examen qui montre une masse douloureuse occupant la fosse iliaque droite et le cul-de-sac vaginal droit; à gauche, le cul-de-sac est plein.

Un examen sous le chloroforme, révèle la présence de masses annexielles bilatérales, dures, irrégulières, adhérentes à l'utérus qui est refoulé vers le pubis. Ces masses sont aussi fixées au rectum. On ne sent pas de fluctuation.

Diagnostic. — Appendicite et pyo-salpinx double.

Laparotomie. — L'épiploon qui adhère au fond de l'utérus est séparé avec soin. Des adhérences intestinales intimes avec l'utérus et le ligament large sont disséquées et le rectum est mis à nu. On peut voir alors les annexes prolabées en arrière et très fixées.

En énucléant la masse droite, on ouvre une poche contenant du pus. Cette poche, prise d'abord pour un abcès de l'ovaire très adhérent au rectum est reconnue pour l'appendice dilaté et perforé. Ce dernier est en situation pelvienne.

Du côté droit, on enlève donc une trompe suppurée et on résèque l'appendice.

A gauche, on dissèque les annexes qui contiennent du pus et on les enlève.

Lavage du péritoine. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XVIII (*Personnelle*).

Annexite double. (Salpingo-ovarite droite et pyo-salpinx gauche. — Appendicite plastique. — Laparotomie. — Castration double. — Résection de l'appendice. — Guérison.

V... Marguerite, réglée à 13 ans, ; les règles durent une première fois 4 à 5 jours, puis elles cessent pendant un an pour reparaitre à 14 ans. Elles deviennent alors abondantes, durent 8 jours et ne sont pas douloureuses. A 17 ans, premiers rapports ; à 18 ans, la malade fait une fausse-couche de 3 mois. A la suite, l'infection apparaît. La température monte à 40° et la malade entre à la Pitié pour une pelvi-péritonite et y reste trois mois (traitement : injections chaudes à 45° répétées, compresses laudanisées, etc). Après sa sortie, la malade a des hémorrhagies fréquentes et assez abondantes ; un mois plus tard, elle entre à Pascal où on fait le diagnostic de métrite-hémorrhagique et où elle subit un curettage (5 septembre 93).

Il y a un mois, apparaissent dans le bas-ventre des douleurs vives, siégeant d'abord à gauche puis localisées tardivement à droite, avec irradiations lombaires et dans les cuisses. Ces douleurs surviennent par crises, s'exaspèrent par la marche et au moment des règles, elles sont d'abord calmées par le repos puis peu-à-peu ne disparaissent pas complètement et deviennent persistantes à droite. La menstruation devient irrégulière — deux métrorrhagies dans l'intervalle des règles — leucorrhée abondante. Pas de constipation, pas de phénomènes intestinaux.

L'état général est assez bon. L'amaigrissement est léger, mais l'appétit

reste bon, et les digestions sont faciles. Rien du côté du cœur, des poumons et des reins.

Tel est l'état de la malade à son entrée à l'hôpital (29 novembre).

Au toucher, on trouve un utérus peu mobile, en situation normale, les annexes gauches sont volumineuses, mais adhérentes à l'utérus et douloureuses à la pression. A droite, on croit sentir la trompe augmentée de volume, très haut placée et adhérente à l'utérus (mais petites lésions).

La fosse iliaque paraît libre.

Diagnostic. Salpingo-ovarite gauche. Lésions insignifiantes à droite.

Laparatomie. (17 décembre 1894. Hop. Broca). — A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une petite quantité de sérosité ce qui fait annoncer par l'opérateur qu'on a sûrement affaire à une lésion suppurée. La main, introduite dans le ventre, permet de constater que les annexes sont très fortement adhérentes à droite et à gauche.

Les annexes droites étant moins volumineuses, c'est par elles qu'on commence la décortication et l'ablation. Elles sont attirées dans l'incision après libération partielle de l'ovaire et l'on constate que l'ovaire adhère intimement à une anse du petit intestin et que la moitié inférieure de la trompe est soudée à la face postérieure de l'utérus.

L'appendice iléo-cæcal considérablement épaissi, dur à la palpation, est en situation pelvienne et adhère à l'ovaire et à la partie médiane de la trompe dans le même point que celui où se fait l'adhérence avec l'intestin. On commence par détacher avec les ciseaux courbes l'adhérence avec l'intestin grêle qui donne une surface très saignante qui est cautérisée. On dégage ensuite avec effort les adhérences postérieures de la trompe à l'utérus, on lie le pédicule des annexes droites et on les excise. L'appendice iléo-cæcal est pincé avec une pince à crémaillère et réséqué.

On va ensuite à gauche où on décortique les annexes qui ont le volume d'un gros boudin contourné avec des adhérences en avant.

Ces manœuvres de décortication à droite et à gauche ont été faites dans la position déclive extemporanée.

Pas de drainage. Suture intradermique.

Examen des pièces. — L'examen des pièces montre à droite une dégénérescence complète et kystique de l'ovaire et un épaissement de la trompe qui est oblitérée et parenchymateuse,

L'appendice iléo-cæcal n'est pas perméable au stylet jusqu'à son extrémité. A ce niveau existe une lame lardacée résultant d'un épaissement scléreux des parois.

A gauche, pyo-salpinx volumineux (volume d'une saucisse) pus visqueux, ovaire scléro-kystique très dégénéré.

OBSERVATION XIX.

Salpingite double et appendicite. — Laparatomie. — Castration double. — Résection de l'appendice. — Guérison.

(*Société anatomique. Juillet 1897.*)

Il s'agit d'une malade, entrée dans le service du docteur Ricard, en mars 1897, pour des hémorrhagies abondantes, avec fièvre, douleurs abdominales généralisées, surtout intenses dans la fosse iliaque droite, état gastro-intestinal, nausées, vomissements, diarrhée. Le poulx était petit, misérable, a malade était dans un état de faiblesse et d'anémie extrême.

Tous ces accidents furent attribués, après examen succinct, à une tumeur abdominale, diagnostiquée : fibrome utérin probable avec salpingite droite. L'opération immédiate était contr'indiquée par l'état général ; la malade fut traitée pendant deux mois par le repos, des injections vaginales chaudes, des injections sous-cutanées de sérum, d'ergotine, et un régime reconstituant.

Le 15 juin, la malade paraît en état de supporter l'opération. D'ailleurs un examen plus approfondi avait permis de constater les signes suivants : tumeur régulière rénitente, mobile transversalement, située dans la fosse iliaque droite, dépassant très peu la ligne médiane à gauche et remontant jusqu'à l'ombilic. L'utérus, au toucher vaginal, semblait repoussé à gauche et en avant et séparé de la tumeur par un sillon.

Laparotomie. — A l'opération, on trouva une tumeur du volume d'une tête de fœtus, reconnue liquide à la ponction avec contenu jaune rougeâtre, à parois très épaisses et constituées par la partie externe de la trompe et ovaire droits. Toute la moitié interne de la trompe apparaissait à la surface de la tumeur comme un cordon recourbé ; elle était grosse comme l'index.

La dissection de cette tumeur, après évacuation préalable, fut difficile, en raison des nombreuses adhérences avec l'épiploon, l'intestin grêle et les parois du bassin. L'uretère fut découvert et disséqué sur une petite étendue. Cette dissection permit en outre de constater, adhérent par un tissu extrêmement induré à la partie postéro-latérale de la tumeur, l'appendice volumineux, dur, turgescant, recourbé en S, et renfermant dans sa cavité plusieurs corps étrangers, facilement sentis à la palpation. Néanmoins l'extirpation des annexes droites et la résection de l'appendice furent possibles.

A gauche : salpingite purulente très adhérente au rectum. L'extirpation en fut complète.

L'utérus contenait dans sa corne gauche quelques petits fibromes du volume d'une noisette. Il fut laissé en place. Guérison.

OBSERVATION XX.

Petits kystes ovariens bilatéraux et appendicite. — Laparotomie. — Castration double. — Résection de l'appendice. — Guérison.

(FOLLET. *Bull. de Soc. Centr. de Méd. du Nord*, 27 août 1897).

Justine D..., bien constituée, sans antécédents héréditaires, n'ayant jamais eu de maladies infectieuses, souffre depuis cinq ans, d'une maladie abdominale. Elle a eu à trois reprises des « inflammations » dans le bas ventre, qui était très douloureux au toucher. Elle avait fréquemment la fièvre, peau chaude et pouls fréquent. Ces accidents, ont été, à maintes reprises, traités par des applications de sangsues, et des révulsifs au niveau des fosses iliaques. La menstruation n'a jamais été troublée, sauf que les règles venaient un peu plus souvent toutes les trois semaines, modérément et sans hémorrhagie. Il n'y a pas de troubles de la miction, pas de constipation, au contraire tendance fréquente à la diarrhée.

Il existe chez la malade un œdème blanc dur considérable, limitée aux deux membres inférieurs, et aux grandes lèvres. Le cœur est indemne, et les urines contiennent 12 grammes d'albumine par litre.

Examen de la malade. — A la palpation du ventre, qui n'est guère douloureux, ce n'est qu'en déprimant fortement la paroi que l'on arrive à sentir profondément une tuméfaction, au-dessus du pubis, et dans la fosse iliaque gauche. Le palper de la fosse iliaque droite, n'est nullement douloureux et ne révèle aucune tumeur.

Au toucher vaginal, on trouve un col petit de multipare. Le corps paraît englobé dans une masse dure, occupant tout le petit bassin : masse immobile, sans contour défini, sans aspérités ni nodosités, un peu plus volumineuse à droite, de consistance égale partout. Le palper bimanuel ne renseigne guère davantage sur la délimitation de cette tuméfaction pelvienne qui est comme moulée dans le petit bassin.

Le cathétérisme utérin est impossible, l'hystéromètre s'arrête dans le col à 2 centimètres et demi.

L'existence de fibromes multiples développés dans le corps de l'utérus, et remplissant la cavité du bassin où leur masse serait, comme enclavée sans doute par de vieilles péritonites pelviennes péri-fibromateuses, fut l'hypothèse admise et le diagnostic posé.

L'opération est décidée, (l'albuminurie étant tombée à 7 grammes sous l'influence du lait).

On fait une première tentative par la voie vaginale, mais tout abaissement étant impossible, on l'abandonne et on a recours à la laparotomie.

L'abdomen ouvert, on ne voit d'abord qu'un amas d'adhérences dures, adhérences de l'intestin aux parois du bassin, au corps utérin et aux annexes qui sont cachées derrière un paquet d'anses intestinales agglutinées.

Prudemment et lentement, les adhérences sont détachées à gauche, où se dessine une tumeur grosse comme une orange. Cette tumeur gauche, qui est un kyste à parois épaisses et indurées, est, toujours avec grande précaution, décollée des parois pelviennes et de la partie gauche de l'utérus à laquelle elle est fortement adhérente. On pédiculise le kyste sur la trompe et on l'enlève.

On aborde ensuite le corps utérin qu'on commence à distinguer des anses intestinales encore adhérentes de ce côté, et qui en sont doucement désinsérées. Après cette désinsertion, apparaît une petite masse, grosse comme l'extrémité d'un doigt, qui est prise d'abord pour l'ovaire. On reconnaît bientôt qu'il s'agit de l'extrémité inférieure dilatée de l'appendice vermiforme, qu'à travers un fouilli de néo-membranes, on peut suivre jusqu'au cæcum. L'organe est en situation pelvienne. Il est d'une longueur de 15 centimètres environ, de calibre normal, jusqu'à 4 centimètres de sa terminaison. Là il commence à adhérer à l'utérus, vers la corne utérine droite et se courbe à angle très aigu ouvert en dedans, en même temps qu'il se dilate. Il n'y a pas oblitération proprement dite du canal appendiculaire, mais il est clair que la coudure isolait la partie terminale de la portion cæcale. En fait, il y avait là, vase clos. Les parois de l'appendice sont rouges et épaisses. La partie renflée, ne renferme pas de liquide, mais trois corps durs, dont un plus gros que les autres, en occupent l'extrémité. Ces corps, pris d'abord pour des calculs, sont des agrégats irrégulièrement polyédriques de matière stercorale très dense.

L'appendice décortiqué, lié à sa base, est réséqué. On enfonce en bloc le moignon vers la cavité cæcale, et on l'enfouit sous quatre points de suture de Lambert.

À droite enfin existe un autre kyste ovarien, plus petit qu'à gauche, mais non moins adhérent et aux parois pelviennes et à l'utérus. Il est à son tour décollé, pédiculisé et enlevé.

Au milieu du pelvis vidé, reste l'utérus gros, tapissé de produits plastiques denses, surtout en bas, vers les culs-de-sac. Des épaissements durs, reliquats d'inflammations anciennes, tapissent les parois du petit bassin et donnent un aspect et un contact de cuir aux ligaments larges.

On fait un drainage péritonéo-vaginal. On referme l'abdomen. Guérison sans incidents.

OBSERVATION XXI

Pyo-salpinx droit et appendicite scléreuse. — Laparotomie. — Castration unilatérale. — Résection de l'appendice.

(HINKSON — *New-York Medic. Journal*, 1891).

M. S... 21 ans, mariée depuis 13 mois, poussée de pelvi-péritonite il y a 4 mois, apparition à ce moment de douleurs abdominales bilatérales, mais surtout vives et aiguës à gauche. (Maximum des symptômes à gauche.)

Au toucher vaginal : tumeur du volume d'une orange découverte à gauche et en arrière de l'utérus, cette tumeur est dure mobile et très fluctuante. A droite, cul-de-sac douloureux mais vide.

Laparotomie. — A gauche et en arrière, on trouve un énorme pyo-salpinx qui n'est autre que la trompe droite déplacée, le pédicule seul est à droite, la tumeur est adhérente à l'épiploon, à la vessie et à l'appendice qui a été attiré à gauche lui aussi. En détachant les adhérences, on rompt la poche mais on protège les intestins.

On enlève les annexes droites et on resèque l'appendice fortement vascularisé et sclérosé. Lavage du péritoine. Guérison. L'appendice est presque complètement oblitéré.

L'examen histologique n'a pas été pratiqué.

OBSERVATION XXII

Annexite double et Appendicite. — Laparotomie. — Castration double et Résection de l'appendice. — Guérison.

(HUNTER ROBB, Baltimore)

N... D., âgée de 21 ans, est admise dans le service de gynécologie de l'Hôpital Johns Hopkins le 4 novembre 1891.

Réglée à 12 ans, mariée depuis 3 ans, elle a fait deux grossesses et deux fausses couches à 7 et 3 mois. Les accouchements ont été difficiles, suivis de fièvre. Depuis 4 mois, les menstrues se renouvellent tous les quinze jours et ne durent pas moins de cinq jours. Les dernières règles datent du 30 octobre. L'écoulement est de couleur pâle et peu abondant. On signale une leucorrhée abondante pendant les deux dernières semaines. Il n'y a ni constipation ni diarrhée. Outre ces troubles du côté de la menstruation, la malade se plaint de douleurs dans le bas-ventre surtout marquées à gauche, avec irradiations lombaires.

L'état général est bon, la malade n'accuse qu'une faiblesse générale. L'examen des urines donne le résultat suivant : traces d'albumine, légers sédiments muqueux.

Le 7 novembre, on examine la malade, après anesthésie à l'éther. Le col utérin est dans l'axe du vagin, il est gros, mou, déchiré de chaque côté, son orifice externe est perméable.

L'utérus est en rétroversion légère, il est gros, mobile, et dévié à droite. Dans le cul-de-sac gauche, on trouve une tumeur de forme irrégulière, et de la grosseur d'un citron, masse qui adhère au ligament large correspondant. Cette masse, adhérente et demi fluctuante, a la consistance de pâte. Elle repousse l'utérus vers la droite et rend difficile l'exploration à droite. L'ovaire du côté droit, hypertrophié, adhérent à l'utérus, est situé assez haut dans la cavité pelvienne. L'examen par le rectum permet de constater une masse adhérente sur le côté gauche. La trompe et l'ovaire droits échappent au toucher.

Le diagnostic posé est : salpingo-ovarite gauche et on propose une laparomie pour ablation unilatérale.

Opération (14 novembre). — Après l'incision classique sur la ligne médiane, on va à la recherche des annexes gauches.

La trompe et l'ovaire adhèrent l'un à l'autre ainsi qu'au ligament large et à la face postérieure de l'utérus par un épais tissu conjonctif. Les adhérences étaient telles qu'il fut impossible d'énucléer la masse sans déchirer le sac et déterminer l'écoulement dans la cavité pelvienne de quelques grammes du liquide purulent. Les annexes sont pédiculisées enlevées et le moignon cautérisé.

A droite, la trompe et l'ovaire sont débarrassés des adhérences qui les rattachaient à la paroi pelvienne. La trompe est allongée, très hypertrophiée et obstruée. L'ovaire de ce côté est également augmenté de volume.

On se décide à l'ablation et ne pouvant facilement détacher en haut les adhérences intestinales, on pédiculise d'abord les annexes, on sectionne et on attire le tout en haut. A ce moment on reconnaît que les annexes droites adhèrent à l'appendice vermiforme qui est bas situé. Ce dernier très hypertrophié adhère intimement à la face supérieure de l'ovaire par sa pointe. Cette extrémité inférieure, sur une longueur de deux centimètres est congestionnée, volumineuse, non perforée mais présente quelques plaques grisâtres au niveau des adhérences. On résèque l'appendice.

La cavité péritonéale fut irriguée avec quatre litres de solution salée et stérilisée à une température de 112°. On referme le ventre sans drainage. Mort au cinquième jour d'une hémorragie intestinale causée par un ulcère du duodénum.

Examen des pièces. — L'appendice vermiforme est représenté par une masse de tissu de 9 centimètres de long sur 7 millimètres de large. La partie moyenne présente une lumière centrale. Son extrémité inférieure, de la grosseur du petit doigt, est très vascularisée, contient de la sérosité louche, au milieu de laquelle on trouve des fragments de tœnia. Au niveau de la pointe, on relève la présence de quelques plaques grisâtres ; sur toute sa hauteur enfin, on trouve la trace d'épaisses adhérences.

Des cultures et des préparations sur lamelles, provenant du contenu de la trompe droite et de l'appendice, et obtenues immédiatement après l'opération, donnèrent des cultures pures de streptocoques pyogènes.

Des culturesensemencées pendant l'opération avec le pus provenant de la trompe gauche donnèrent le même résultat et le même agent pathogène.

OBSERVATION XXIII (*inédite*).

Kyste aréolaire, colloïde, malin de l'ovaire gauche. — Péritonite localisée. — Elongation énorme de l'appendice, attiré dans le flanc gauche. — Appendice scléreux. — Laparotomie. — Ablation du kyste et de l'appendice.

(Dûe à l'obligeance de M. le Docteur Pozzi et du Docteur Cayla).

Laff. . Marie, 35 ans, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois de septembre 1895. A cette époque, elle est prise brusquement de vives douleurs abdominales Cette crise s'accompagne de vomissements bilieux et de constipation, pendant trois jours. Depuis lors, il persiste une douleur hypogastrique sourde, plus marquée à gauche, l'état général s'est altéré peu à peu, les digestions sont pénibles, la dyspepsie est complète, la constipation opiniâtre.

Un an après, en 1896, elle est reprise des mêmes douleurs qui éclatent encore soudainement et s'accompagnent toujours de vomissements, la crise dure 4 à 5 jours. A ce moment, la malade s'aperçoit qu'elle est porteuse d'une tumeur mobile, située au-dessus du pubis. Les règles, qui avaient été régulières jusque-là, sont entrecoupées de pertes, abondantes. Les crises de douleurs abdominales augmentent alors de fréquence et se reproduisent toutes les trois semaines.

Le maximum de douleur est à gauche. La fosse iliaque gauche est constamment sensible et cette sensibilité s'exagère à la pression. L'état général s'altère de plus en plus. La malade raconte, qu'au moment de ses dernières crise, son ventre grossissait au point d'atteindre un volume qui rendait impossible la perception de la tumeur. La crise passée, le ventre diminuait et la grosseur était alors facilement sentie.

Elle entre à l'hôpital le 15 décembre. A cette époque, nouvelle crise douloureuse à gauche, la miction est difficile, la constipation tenace, l'état général précaire, l'amaigrissement notable.

A l'examen de l'abdomen, on trouve une tumeur remontant à 5 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Elle est médiane et gauche, arrondie, assez mobile, plus grosse qu'une tête de fœtus à terme. Au devant, s'étend en sautoir une forte bride prise pour une trompe.

Au toucher vaginal le col est normal, élevé, l'utérus est en anteversion et on sent, faisant corps avec lui, une tumeur renitente assez peu mobile, semblant s'étendre davantage à gauche et qui remplit à peu près tout le petit bassin.

Opération. — Laparotomie (faite à l'hôpital de Bergerac par M. Pozzi, assisté des docteurs Cayla, Dusumier, Dugau, Cimbat).

On tombe sur un kyste multiloculaire, aréolaire, gélatineux, de l'ovaire gauche. La poche est très adhérente à l'épiploon et à l'S iliaque (phénomènes d'inflammation périkystique ancienne).

On commence par libérer le pédicule très large. On le sectionne sur une ligature en chaîne et on renverse la tumeur de bas en haut pour détacher les adhérences.

Il existe en haut une adhérence intime de l'épiploon et du colon transverse. Dans l'angle dièdre formé par l'adhérence colique, il existe une baguette dure que l'on peut suivre dans une étendue de 15 centimètres environ vers le flanc gauche, où elle se perd dans des adhérences. Du côté opposé, on peut suivre ce cordon fibreux jusqu'au cœcum et se convaincre que c'est l'appendicé iléo-cœcal.

On pose une ligature sur la base et on résèque, mais, du côté gauche, se trouvant dans l'impossibilité de libérer son extrémité des adhérences qui l'entourent, M. Pozzi se décida à faire une boutonnière dans la paroi abdominale, dans le flanc gauche, en dehors du muscle droit. Ceci fait, on y fixe l'extrémité sectionnée de l'appendice après l'avoir disséqué à droite et à gauche sur une longueur suffisante.

De la sorte, on peut isoler du péritoine la coupe infectante du diverticule.

Nota. — Malade revue en avril 1898. Après guérison temporaire, rentrée à l'hôpital en état de métastase péritonéale.

Examen de l'appendice. — Folliculite généralisée avec sclérose au début. (Due à l'obligeance de M. Latteux).

Sur une coupe transversale, de dedans en dehors, on trouve :

- a. Epithélium cylindrique à peu près intact en certains points et absent par places.
- b. Culs-de-sac glandulaires, généralement conservés, absents en quelques endroits où le tissu lymphatique des follicules est à nu ;
- c. Follicules clos atrophies et remplacés par un tissu conjonctif compact avec quelques travées embryonnaires au milieu ;
- d. Couche conjonctive sous-glandulaire complètement transformée en un tissu fibreux dense, vaisseaux sclérosés ;
- e. Couche musculaire sclérosée et épaissie proportionnellement ;
- f. Couche péritonéale hypertrophiée, très vascularisée.

OBSERVATION XXIV

Appendicite à rechutes. Adhérences étendues de l'appendice avec trompe et ovaire droits à peu près sains. Intégrité des annexes gauches.
— Résection de l'appendice, Ablation des annexes droites. — Guérison.

(In Thèse BESSON, Montpellier).

Femme de 30 ans, réglée régulièrement depuis 13 ans. Deux accouchements normaux à 23 et 28 ans. Après son dernier accouchement, la malade qui est toujours constipée commence à éprouver quelques vagues douleurs dans la fosse iliaque droite. Tout à coup, elle éprouve des douleurs très vives à droite de l'ombilic, douleurs qui s'accompagnent de nausées, de vomisse-

ments, de ballonnement du ventre et d'un léger frisson. Cet état dure 5 jours environ. A la suite d'un laxatif, se produit une selle abondante et une amélioration. Pendant 5 à 6 mois, persiste un empatement avec sensibilité de la fosse iliaque droite. De plus, on remarque que depuis ce moment la menstruation est très douloureuse.

Cinq mois après, nouvelle crise plus intense, puis une troisième et une quatrième.

L'examen abdominal dénote une légère saillie arrondie dans la fosse iliaque droite, il y a du ballonnement cœcal et un peu d'empatement bas situé.

Le palper bimanuel, combiné au toucher vaginal, permet de sentir un utérus peu mobile et douloureux. A droite, il existe dans le cul-de-sac latéral une induration adhérente à l'utérus semblant se continuer avec l'induration péri-appendiculaire.

Diagnostic : Appendicite avec adhérences aux annexes droites.

Opération. — Incision latérale. On décolle l'appendice qui est enveloppé d'adhérences et qui adhère l'ovaire et à la trompe à peu près sains. Cet appendice est volumineux, très vascularisé, il contient 1 boulette stercorale vers la pointe. On resèque l'appendice. L'absence des lésions utérines et l'intégrité des annexes du côté gauche permettent de supposer que les adhérences qui unissent la trompe à l'appendice étaient le résultat de l'appendicite.

OBSERVATION XXV

Appendicite et annexite droite plastique. Résection de l'appendice. Ablation des annexes droites. Guérison.

M. STRATZ. *Soc. gynécol. Hollandaise* 97. (in *Mémoire de Treub, loc. cit.*)

Une femme, âgée de 36 ans, mariée et qui a eu un enfant, se plaint depuis longtemps de douleurs dans le côté droit du bas-ventre. Depuis quelques semaines, la douleur a augmenté et il s'est formé une tuméfaction dans la région inguinale droite. La malade éprouve des nausées sans vomissements. A l'examen, l'utérus gros fut trouvé dans l'anteflexion normale. On ne constate aucune lésion du côté des annexes gauches. Du côté droit de l'utérus, se trouvait une grande tumeur dure adhérente et quelque peu douloureuse à la pression. Par le toucher rectal, on peut constater que c'était une infiltration paramétritique allant jusqu'à la paroi pelvienne. L'ovaire ne pouvait pas être senti isolément.

La malade se plaignait de crampes intolérables et de symptômes pelviens récents : règles douloureuses, irrégulières, utérus douloureux au niveau du bord droit, on lui propose une laparotomie exploratrice. Elle ne s'y décide que sept semaines plus tard. Mais alors l'examen révèle un changement considérable dans l'état des choses.

L'infiltration paramétritique, accolée à la paroi pelvienne, a disparu com-

plètement et l'on peut se convaincre maintenant de l'existence d'une tumeur dure, douloureuse, non mobile, de la grosseur du poing, située plus haut dans la région ovarienne. La limite supérieure en est peu nette et la tumeur se perd vers le haut dans les anses intestinales. Les annexes droites sont sensibles et légèrement augmentées de volume.

Opération. — Par la laparotomie, il fut enlevé une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie qui présentait des adhérences multiples aux intestins, adhérences se laissant déchirer sans hémorrhagie. La tumeur était formée par l'appendice vermiciforme, représentant un kyste d'à peu près 4 centimètres de largeur et rempli d'un liquide séreux trouble.

L'ovaire et la trompe, tous deux gonflés, adhéraient à l'appendice et furent enlevés en même temps.

Guérison sans encombre.

OBSERVATION XXV (bis).

Appendicite suppurée et perforée, compliquée d'une annexite secondaire.

Laparotomie. — Résection de l'appendice. — Castration unilatérale.

(D^r QUÉNU. *Journal des Praticiens*, (9 avril 1898, p. 226).

M^{me} V..., âgée de 25 ans, entre le 7 janvier à l'hôpital Cochin pour une appendicite chronique de nature suspecte : sa mère en effet est morte phthisique et un de ses frères à une tumeur blanche ; elle même paraît assez chétive, mais ne tousse pas et n'a aucun passé thoracique.

A l'âge de 21 ans, attaque d'appendicite aiguë, soit il y a quatre ans ; il y a deux ans, nouvelle crise terminée par l'issue du pus dans les selles. En novembre dernier, violentes douleurs dans le côté droit du ventre, apaisées le 15 décembre par l'évacuation du pus par le rectum. Depuis, douleurs moins intenses, mais nécessitant un repos au lit.

Dans la région cæcale, on sent une induration profonde dont l'extrémité supérieure effleure la ligne ilio-ombilicale ; l'utérus est abaissé et très mobile et le cul-de-sac latéral droit est rempli par une masse indurée, douloureuse, continue avec l'induration iliaque ; aucune grossesse, ni fausse couche, menstruation régulière ; quelques pertes en blanc la première année de son mariage, pour lesquelles on l'a soignée durant un mois, mais postérieurement à sa première crise d'appendicite.

L'évolution des accidents autorisait à penser que la masse pelvienne était secondaire et peut-être le résultat de l'appendicite. Les constatations faites au cours de l'opération sont venues confirmer cette manière de voir.

Laparotomie médiane le 27 janvier 1898. Dans la fosse iliaque droite, on trouve un foyer auquel adhèrent des anses intestinales, l'épiploon et l'appendice ; une des anses d'intestin grêle est perforée, et nécessite une suture assez étendue, l'appendice est perforé et cette perforation s'ouvre dans le foyer qui est déjà assez ancien. Après le détachement et la résec-

tion de l'épiploon, le détachement des anses adhérentes et la suture de l'anse ulcérée et perforée, on résèque l'appendice.

Dans le petit bassin, lésions de salpingite sèche double, plus prononcées à droite ; à gauche, ovaire scléro-kystique et quelques adhérences. Dans le cul-de-sac de Douglas, foyer ouvert dans le rectum ; nettoyage du foyer et suture de la perforation rectale, mais étant donnée la friabilité des parois rectales, n'étant pas sûr du plan de suture, on extirpe l'utérus par section médiane, afin de pouvoir appliquer contre la face antérieure du rectum un tamponnement de gaze iodoformée sortant par le vagin ; drainage hypogastrique et iliaque. Durée : 2 heures et demie.

Les jours qui suivent, suintement abondant par les drains (streptocoques dans la sérosité louche examinée chaque jour). Le 3 mars, la malade ne souffre que d'une eschare en voie de guérison d'ailleurs.

OBSERVATION XXVI

Appendicite suppurée et Pyosalpinx droit. Résection de l'appendice. Ablation des annexes droites. Guérison.

(SKENE. *Brooklyn méd. Journ.* 1895)

W..., 31 ans, 4 grossesses normales. Il y a deux ans, apparition d'une douleur brusque à droite, dans la fosse iliaque, avec fièvre et constipation. Mauvais état général consécutif, troubles dyspeptiques, crises successives dans l'intervalle des règles. Depuis six mois, les règles sont devenues douloureuses prolongées. La leucorrhée est intense, la malade accuse une douleur droite, constante pendant les règles et dans l'intervalle.

Elle consulte en novembre 1894, le toucher vaginal montre une région appendiculaire sensible empâtée et du côté du vagin, un utérus en rétroflexion très douloureux et à droite une trompe énorme fixée à l'utérus, semblant se confondre avec l'empâtement iliaque. A gauche annexes normales.

Apparition de deux nouvelles crises douloureuses à droite.

Diagnostic. — Appendicite et pyosalpinx droit.

Opération. — Incision latérale. Résection de l'appendice contenant du pus et deux boulettes stercorales, très adhérent à la trompe droite suppurée qui est liée.

Des culturesensemencées avec le pus appendiculaire donnèrent des cultures typiques de bactérium coli, associé au streptocoque, et le pus de la trompe donna aussi bacterium coli et streptocoque.

OBSERVATION XXVII

Appendicite suppurée et pyosalpinx droit. Intégrité des annexes gauches. — Résection de l'appendice et des annexes droites.

(BALDWIN. — *Brooklyn Médic. journal.* 91)

E... 36 ans, mariée à 14 ans, 2 grossesses, une fausse couche, sans accidents. En juillet, première crise douloureuse à droite suivie de l'appari-

tion d'une tumeur dans la fosse iliaque droite. Successions de crises appendiculaires, puis apparition de troubles de la menstruation avec leucorrhée. Coliques salpingiennes et évacuation de pus par l'utérus sous forme de décharges, puis rupture d'une poche purulente qui s'évacue par le rectum.

Au toucher, masse iliaque étendue et masse vaginale fluctuante très adhérente à l'utérus. Les annexes gauches étaient saines.

Diagnostic. — Appendicite compliquée de pyosalpinx.

Laparotomie — L'appendice est trouvé perforé au milieu d'une poche de pus dont les parois ne sont pas autre que la trompe droite dilatée et suppurée, le tout très adhérent à l'intestin.

L'examen bactériologique de pus donna des cultures pures de bactérium-coli.

OBSERVATION XXVIII

Appendicite suppurée adhérente à un pyosalpinx droit. — Intégrité des annexes gauches. — Laparotomie. Ablation des annexes droites. Résection de l'appendice. — Guérison.

(In *Thèse* BESSON, Montpellier.)

C... S... 25 ans bien constituée, est réglée à 14 ans, et l'est régulièrement jusqu'à 22 ans. A cette époque, la menstruation devient douloureuse, plus abondante avec leucorrhée. Il y a 10 mois, la malade présente une crise péritonéale brusque. Les douleurs violentes siègent d'emblée assez haut dans le flanc droit et sont médiocres dans la région gauche, la constipation est excessive. La guérison a lieu après une débâcle, mais il reste après huit à dix jours une induration siégeant à quatre ou cinq travers de doigts au-dessus de l'arcade crurale droite.

Trois mois après : nouvelle atteinte identique mais moins violente. Quand la malade consulte M. le professeur Tédénas, elle est pâle amaigrie, constipée aussi de temps en temps avec débâcles. Les règles durent huit dix et douze jours, la leucorrhée est médiocre.

La palpation abdominale permet de constater une plaque d'induration arrondie circulaire (7 à 8 c.) placée sur la ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, cette plaque est très sensible à la pression, le cæcum est distendu par les gaz.

Le toucher vaginal permet de constater que l'utérus est en position normale, douloureux à la pression et au niveau du bord droit. Le col est entrouvert sans déchirure. Les culs-de-sac, latéral gauche, postérieur et antérieur sont libres et sains. Les annexes gauches sont libres et saines.

A droite, la trompe paraît saine dans ses deux tiers internes, mais distendue avec la forme et les dimensions d'un œuf dans ses deux tiers exter-

nes. Cette partie est haut placée ; elle est perceptible à la partie supérieure de la fosse iliaque droite, paraît se rattacher au plastron inflammatoire et adhère à l'utérus qui reste douloureux.

On croit à une appendicite, ayant déjà donné lieu à deux rechutes, et on se base sur la situation élevée du plastron inflammatoire ainsi que sur l'intégrité des annexes gauches.

En présence de deux rechutes d'appendicite on propose la laparotomie.

Opération. — Incision latérale au niveau du placard adhérent. On tombe sur des adhérences nombreuses difficiles à détacher. On y parvient et on voit apparaître l'appendice iléo-cœcal qui a les dimensions du petit doigt ; il est distendu en ampoule, entouré de fausses membranes grisâtres et épaisses qui le rattachent à la trompe, laquelle contient une collection purulente du volume d'un œuf de poule dans son extrémité externe. L'ovaire est congestionné mais sain. La décortication est pénible, on lie l'appendice à sa base, on pédiculise la trompe. On cautérise le moignon au thermo-cautère. Drainage de Mickuliez. Guérison complète.

Examen des pièces. — La trompe dans son tiers externe et l'appendice vers sa pointe contiennent du pus, ces deux collections sont reliées par d'étroites adhérences. Dans le pus appendiculaire, on retrouve deux petits calculs stercoraux.

OBSERVATION XXIX

Appendicite masquée et compliquée par des adhérences ovariennes. — Résection de l'appendice.

(KELWAY, *Méd. chirurgical Reporter*, juillet 1892)

Marie K., 34 ans, s'est toujours bien portée jusqu'en 1889. A cette époque, elle commence à accuser un point douloureux dans la région ovarienne. Cette douleur s'exagère au moment des époques et chaque menstruation s'accompagne de cette sensibilité droite très vive à la pression. Elle est soignée pour une rétroversion, et pendant ce temps, son état général s'altère. Les troubles dyspeptiques deviennent très marqués, la constipation est intense et la malade est condamnée à l'inactivité.

En 1892, elle consulte le docteur Kelway qui trouve au toucher vaginal un utérus fixé en rétroversion et, sur le côté droit, une petite masse fixée à l'utérus et sensible au toucher. On pense à un ovaire volumineux ou à une salpingo-ovaire.

En explorant la fosse iliaque on ne trouve ni sensibilité élevée ni point de Mac Burney. La douleur est en bas au niveau de l'ovaire. Il n'y a jamais eu de coliques intermenstruelles indiquant une colique appendiculaire.

Laparotomie (juillet 92). — L'utérus est trouvé en rétroversion. L'ovaire gauche et la trompe correspondante sont saines.

A droite, les annexes sont congestionnées et entourées d'adhérences filamenteuses qui les étranglent les reliant à un gros appendice très bas placé, très vascularisé, très volumineux, non perforé et entouré lui aussi d'adhérences.

On libère les annexes de leurs adhérences, on les abandonne et on résèque l'appendice.

« Toute douleur disparaît et la malade guérit.

OBSERVATION XXX

Appendicite suppurée et annexite droite. — Résection de l'appendice et Ablation des annexes droites. — Guérison.

(BOUILLY. *Sem. gynécologique*, 1897)

Une femme de 28 ans présente les antécédents suivants : première poussée inflammatoire, il y a un an, sur les annexes droites avec tuméfaction dans le cul-de-sac droit, perceptible au toucher et disparaissant au bout d'un temps variable; ces poussées assez espacées d'abord, se sont de plus en plus rapprochées et ont tendance à se renouveler à chaque époque menstruelle en revenant en même temps moins violentes et plus courtes. A chaque toucher, pratiqué à des intervalles de quinze jours à un mois, il a été constaté des changements dans l'état des culs-de-sac, le volume et la situation de l'utérus.

Lors de son arrivée, on constate au toucher et au palper combinés une masse volumineuse, rénitente remplissant le cul-de-sac postéro-latéral droit, se prolongeant en haut vers le fond de l'utérus et débordant la ligne médiane d'environ trois travers de doigt.

La matrice était immobilisée et douloureuse, les annexes gauches étaient inaccessibles et ne paraissaient pas augmentées de volume.

On note l'absence de troubles intestinaux.

Le diagnostic posé fut pyo-salpinx droit et l'intervention conseillée laparatomie.

Celle-ci conduit sur une masse indurée, située au-dessous et à droite du fond de l'utérus, formée par des adhérences intestinales et épiploïques anciennes et solides dont la rupture ouvre un foyer purulent du volume d'un œuf, dans lequel baigne l'appendice dilaté et perforé à son extrémité terminale. Cet organe est raccourci, comme invaginé sur lui-même, particulièrement malade à son extrémité. Il est réséqué à sa base. Du côté des annexes droites, on trouve un ovaire kystique de la grosseur d'une mandarine, très adhérent au ligament large et en rapport par sa partie supérieure avec le paquet d'adhérences intestinales et épiploïques qui l'entourent.

La trompe droite est volumineuse, atteinte de salpingite catarrho-

interstitielle, l'orifice du pavillon est fermé. Les annexes gauches paraissent saines et sont laissées en place, la malade guérit de cette double intervention.

OBSERVATION XXXI

Appendicite (six semaines après laparotomie faite pour annexite droite.) Résection de l'appendice. Guérison.

DELAGÉNIÈRE (du Mans). *Congrès de chirurgie, 1897.*

P... Céleste, 27 ans, réglée à 15 ans, a eu deux enfants, le dernier il y a deux ans et demi. Elle souffre dans le ventre depuis son premier accouchement (5 ans). Les douleurs, dont elle se plaint, coïncident avec les règles, mais disparaissent de temps à autre pendant des intervalles assez longs. Elles siègent indifféremment des deux côtés du ventre.

La malade est envoyée à Paris où elle subit une laparotomie suivie de l'ablation des annexes droites pour ovaires scléro-kystiques et d'une hystéropexie abdominale antérieure.

Six semaines après, la malade est prise d'intolérance gastrique, de vomissements, de constipation rebelle. Son ventre se ballonne et reste tendu pendant trois semaines, les douleurs se localisent dans la fosse iliaque droite et la malade affirme, qu'en cet endroit, après la crise, on sentait une tumeur du volume d'un œuf.

Elle se remet de cette première crise mais en a bientôt une seconde puis une troisième. Elle est obligée de se mettre au régime lacté exclusif dont elle ne supporte que de petites quantités; sa constipation reste opiniâtre et l'intolérance stomacale absolue.

Son état général est médiocre, elle est très amaigrie, son ventre, légèrement ballonné, ne présente aucune tuméfaction dans la fosse iliaque droite, mais le siège de l'appendice est douloureux à la pression. Au toucher, l'utérus est suspendu à la paroi, il est petit et mobile; les annexes gauches, paraissent volumineuses et sont douloureuses à la pression.

Opération le 23 juillet 1897 (résumé). — L'ouverture du péritoine est très laborieuse par suite des adhérences, dues à l'hystéropexie antérieure.

On résèque l'ovaire gauche volumineux et œdémateux.

On examine l'appendice qui est entouré de petites adhérences lamelleuses, les vaisseaux qui le sillonnent, paraissent tuméfiés, enfin dans son intérieur on sent des corps étrangers (coprolithes). On le résèque et on suture la plaie cœcale sur trois rangs de suture. — Guérison.

Examen de l'appendice (docteur Pilliet). — Folliculite au stade de tuméfaction et d'ulcération avec peu de lésions des parois externes. Lésions surtout marquées vers la pointe.

OBSERVATION XXXII

Double pyosalpinx. Laparotomie. Ablation — Appendicite suppuré cinq jours après. Résection de l'appendice. Guérison.

(WIGGIN. *New-York, Med. Journ.* 1894).

A. D. . . , 17 ans, réglée à 12 ans, régulièrement. Accouchement à 18 ans, suivi d'infection. Apparition de douleurs abdominales, très vives avec irradiations multiples, douleurs localisées au niveau des régions ovariennes et plus marquées à gauche ; poussées aiguës successives sans fièvre élevée, état général mauvais, troubles nerveux marqués. Au toucher vaginal : gros utérus très douloureux en rétroflexion adhérente. Latéralement, deux masses annexielles très volumineuses, adhérentes au globe utérin ; à gauche masse fluctuante et plus étendue.

Diagnostic: Endométrite et double pyo-salpinx.

Laparotomie. — Libération de l'utérus très adhérent, décortication des masses annexielles qui sont enlevées, les deux trompes sont suppurées et on a peine à retrouver les ovaires ; on n'examine pas l'appendice (les adhérences intestinales étant insignifiantes et ayant été libérées vivement.)

Lavage du péritoine à l'eau salée, pas de drainage.

Dès la fin du troisième jour la température monte à 40°, le pouls arrive à 160. Les douleurs abdominales se montrent intolérables avec maximum à droite, la sensibilité du cæcum est extrême, nausées, vomissements, constipation absolue (rien du côté de la plaie).

Le lendemain matin, rémission apparente. Le soir, reprise brusque de la douleur à droite avec mêmes symptômes plus alarmants, avec ballonnement du ventre et sensibilité marquée du côté de l'appendice.

 *Diagnostic.* — Appendicite. *Incision latérale de Roux.*

On évacue une grande quantité de pus fétide et on trouve l'appendice perforé et adhérent qu'on resèque.

Guérison.

Nota. — L'auteur pense que dans la première intervention l'appendice était adhérent et malade, qu'il aura été mal traité dans les manœuvres de libération.

OBSERVATION XXXIII

Appendicite prise pour un kyste de l'ovaire à pédicule tordu. — Laparotomie. — Résection de l'appendice. — (Inédite).

(Due à l'obligeance du D^r GUINARD.)

Il s'agit d'une femme de 20 ans avec un passé génital chargé, qui présente, cinq jours seulement avant son entrée à l'hôpital des accidents péritonéaux de moyenne intensité, consistant en ballonnement du ventre,

douleurs abdominales mal localisées, température peu élevée, phénomènes intestinaux mal dessinés.

Cette malade, qui prétendait être enceinte de trois mois, présentait une tumeur fluctuante peu douloureuse, remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et occupant le flanc droit.

Au toucher vaginal, l'utérus est trouvé immobile, douloureux, très adhérent à une tumeur fluctuante remplissant le cul-de-sac vaginal droit.

Le diagnostic posé fut : kyste de l'ovaire chez une femme enceinte, et les accidents péritonéaux furent mis sur le compte d'une torsion lente du pédicule,

Laparotomie. — Après l'incision abdominale médiane, on tombe sur une masse rougeâtre, lisse, que l'on reconnaît pour un utérus gravide. La main, portée autour de l'utérus, sent à droite sur le côté de la matrice de l'empatement et en écartant un peu la paroi abdominale de l'utérus on voit sourdre un peu de liquide louche.

On agrandit l'incision et on trouve sur le côté droit de l'utérus une collection purulente, fétide, peu abondante, mal limitée par des fausses membranes. On éponge avec soin et on découvre que cette cavité est occupée par l'appendice iléo cœcal, perforé à six centimètres de son extrémité terminale, arrondie en massue. Par cet orifice était sorti un petit corps étranger de la forme d'un poyaux de datte mais plus petit.

L'appendice est lié et réséqué à la base.

Entre le cœcum et l'utérus, sur une assez longue étendue on voit une surface péritonéale revêtue de fausses membranes. On tamponne avec des compresses imbibées d'eau phéniquée.

On fait une contre-ouverture dans le flanc au-dessus de l'arcade de Fallope pour drainer et on referme le ventre. Guérison.

OBSERVATION XXXIV

Appendicite prise pour une annexite. — Laparotomie. — Résection de l'appendice. — (Inédite),

(Due à l'obligeance des Drs PICQUÉ et BOURGOIN.)

Mlle X., 28 ans. Régliée à 15 ans régulièrement, bien portante jusqu'en novembre 1895. A cette époque, est prise subitement, en pleine santé, d'une douleur atroce dans le ventre. Elle se généralise aussitôt et s'accompagne de vomissements, de constipation, de fièvre (39°) et d'anorexie absolue.

Le Dr Bourgoïn, appelé, constate que la sensibilité abdominale, quoique généralisée, est surtout marquée dans la fosse iliaque droite au niveau du point Mac Burney. Néanmoins, il n'existe aucune tuméfaction dans la région appendiculaire. La fosse iliaque est libre.

On pose le diagnostic d'appendicite et on institue le traitement médical classique. La situation se détend. L'alimentation seule reste difficile.

Le sixième jour, après le début, les règles apparaissent. Avec elles, les phénomènes aigus disparaissent. L'alimentation devient possible (régime lacté). Les vomissements se suppriment, les selles deviennent quotidiennes grâce aux lavements. Il ne persiste qu'une douleur droite, sourde, surtout marquée au moment des digestions. Cependant l'état général reste médiocre, la fièvre est subcontinue, le pouls fréquent, l'appétit nul.

Au bout de trois semaines (décembre), en présence de cet état toujours inquiétant, on se décide à pratiquer un toucher vaginal, pour lequel on avait hésité (la malade étant vierge). On trouve un utérus fixe, douloureux. Les culs-de-sac latéraux sont durs et remplis par une masse d'exsudat dont on fait une lésion annexielle bilatérale. A droite, la masse semble soudée à l'utérus, la fosse iliaque est toujours libre, mais sensible.

A la suite de cet examen, les règles réapparaissent. — L'état général se relève et, quelques semaines après, la malade reprend ses occupations (février).

Le 30 avril 1897, nouvelle crise identique à la première, réapparition des mêmes symptômes aussi aigus, douleur toujours généralisée et semblant même plus marquée au niveau de l'hypogastre. Même traitement médical. La phase aiguë se dissipe et la malade tombe à nouveau dans une phase torpide semblable.

La fosse iliaque est toujours libre, le toucher accuse des phénomènes d'inflammation péri-utérine plus accentuée. Le bord droit de l'utérus est très douloureux. La mobilisation du col est particulièrement sensible. On renonce de nouveau au diagnostic d'appendicite et on conclut à une annexite.

Un seul symptôme ramenait vers l'appendicite, c'était l'intolérance absolue de l'intestin aux purgatifs les plus légers. Chaque essai était suivi de vomissements porragés.

Pendant 4 mois : alternatives d'améliorations et de rechutes peu bruyantes. L'état général s'aggravant, la malade rentre à la maison Dubois dans le service du Dr Picqué.

1^{er} examen. — On trouve au toucher un utérus en antéflexion. La mobilisation en est possible et non douloureuse. Par la palpation bimanuelle, on délimite une masse volumineuse siégeant vers la partie moyenne de l'arcade crurale, paraissant descendre de la fosse iliaque et venant dans le cul-de-sac latéral droit. La tumeur est encore distante du cul-de-sac et semble indépendante de l'utérus. Il n'existe aucune fluctuation manifeste. Au toucher rectal on note des points douloureux circonscrits à la partie supérieure et externe de la tumeur. Les annexes gauches sont indemnes.

En présence de la persistance de l'hymen, des crises antérieures ressemblant à des crises appendiculaires, de la douleur longtemps localisée à

droite, de l'absence de connexions de la tumeur avec l'utérus, et de l'unilatéralité de la lésion, on se rattache à l'idée ferme d'un appendicite.

Le lendemain de cet examen, nouvelle crise avec douleurs généralisées et fièvre (39°).

2^e examen. — On remarque une extension considérable de la tumeur du côté du cul-de-sac qui est rempli complètement. La masse est fusionnée avec l'utérus, qui est douloureux. Ces signes font abandonner l'idée première et on diagnostique une annexite droite due à une cause inconnue, ne relevant pas de la puerpéralité.

Intervention conseillée et acceptée.

Laparotomie médiane (4 septembre 97). — Il s'agit d'une appendicite accolée à l'utérus. L'appendice est très volumineux, à parois très épaisses. Il contient dans sa cavité trois calculs stercoraux. Il adhère par son extrémité libre au fond et à la face latérale droite de l'utérus, maintenu qu'il était en ce lieu par de nombreuses adhérences.

Résection de l'appendicite, drainage. Convalescence rapide. Guérison.

CONCLUSIONS

Les résumés, que nous présentons à la fin de chaque chapitre nous permettront d'être bref. Nous dégagerons seulement de ce travail quelques conclusions, concernant uniquement l'affection que nous avons mise sans cesse en évidence : nous avons nommé l'appendicite, complication d'une lésion septique des annexes.

1° L'appendice et les annexes sont deux organes indépendants au point de vue anatomique. Il n'existe entre eux aucun ligament constant, aucune connexion vasculaire démontrée, qui peuvent expliquer la coexistence des deux affections.

2° Le contact entre les deux organes est possible de deux façons : appendice en situation pelvienne, venu au devant des annexes; annexes, préalablement fixées en position lombo-iliaque par une infection puerpérale antérieure, et ainsi rapprochées de l'appendice.

Si ce contact a lieu entre un appendice sain et des annexes malades, la péri-annexite va englober dans ses mailles le diverticule et en faire un lieu de moindre résistance. Ces adhérences préparent une lésion.

Une infection nouvelle ou latente, d'origine intestinale, évoluera

tout naturellement sur cet organe ainsi en état de réceptivité. La cause déterminante s'ajoute à la cause prédisposante : la lésion définitive est constituée.

C'est une appendicite d'origine annexielle par opposition à l'appendicite cœco-appendiculaire classique.

3° C'est une appendicite de cause externe pour laquelle les ingesta et corps étrangers sont peu importants.

4° Comme telle, elle semble présenter une résistance toute spéciale à l'infection, d'où sa tendance à la chronicité.

5° L'histologie prouve que l'appendice, même récemment fixé par la pointe (1^{er} degré), est atteint de folliculite au début, et que le maximum des lésions se trouve du côté de la séreuse et des follicules clos.

Le microscope prouve, dans les cas anciens, qu'il peut exister tous les degrés de sclérose jusqu'à l'oblitération totale (appendicite oblitérante).

6° Au point de vue clinique, c'est une affection chronique d'emblée, insidieuse entre toutes : difficile à dépister parce que les atteintes multiples en sont extrêmement frustes, difficile à diagnostiquer, parce que les signes fonctionnels effacés et les signes physiques insignifiants sont confondus avec le tableau utéro-annexiel évident.

Ce sont les caractères spéciaux de la douleur, les finesses du toucher vaginal, qui seuls permettent, dans les cas complexes, d'asseoir un diagnostic.

Malgré tout, ce diagnostic est souvent encore hypothétique. Mais ce soupçon est suffisant pour dicter la voie au chirurgien.

7° Ces appendices scléreux ou simplement adhérents doivent tous être sacrifiés de propos délibéré. L'intervention doit suivre le diagnostic.

L'expectation armée est blâmable en présence du manque absolu

d'éléments permettant de savoir à quel stade anatomiques se trouve la lésion.

8° C'est la voie abdominale médiane qui est la voie de choix.

9° Au cours de toute laparotomie pour lésions utéro-annexielles, il est indispensable d'explorer méthodiquement l'appendice et de s'assurer de son intégrité.

Vu, le Doyen :

P. BROUARDEL.

Le président de la thèse,
BERGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Ashby.** — Appendicite chez la femme. *Maryland, Méd. Journ. Bâltimore.* 1891-1892.
- Baldwin.** — Appendicite suppurée et pyosalpinx droit. *Brooklyn Méd. Journ.* 1891.
- Berger.** — Discussion sur l'appendicite et son traitement. *Société de Chirurgie.* 1890 et 1892.
— Traitement de l'appendicite. *Soc. de Chirurgie.* 15 octobre 1894.
- Brun.** — Appendicite. *Tr. des maladies de l'enfance.* 1897.
— Appendicite chronique. *Presse médicale.* 30 mars 1898.
- Bérard.** — Situation pelvienne de l'appendice (in *Thèse Dormoy*) Lyon page 115.
- Besson.** — Rapports entre l'appendicite et la salpingo ovarite. *Thèse de Montpellier,* 1894-1895.
- Bouilly.** — Appendicite et annexite. *Semaine Gynécologique,* octobre 1897.
- Binkley.** — Relations entre la salpingite et l'appendicite. *Americ. Journ. of obstetric.* N. Y. XXIX 1894.
- Bull.** — Observations sur l'appendicite chronique à rechutes. *N. Y. Médic. Record.* Mars, 1893.
- Budin.** — Appendicite et annexite (Discussion) *Soc. obstétricale,* 1897.
- Chognon.** — Adhérences de l'appendice avec organes avoisinants dans les opérations intra-abdominales. *Thèse.* Lyon, 1893-1894.
- Clado.** — Ligament appendicul ovarié *Société de Biologie,* 1892.
— Communication lymphatique entre appendice et annexes. id.
- Condamin.** — Lymphatiques appendiculaires. *Province Médicale,* 1891.
- Coe.** — Appendicite, compliquée de suppuration des annexes. *New-York polyclinique,* 1894.
- Damaye.** — Du traitement chirurgical de l'appendicite à répétition dans l'intervalle des crises. *Thèse.* Paris, 1895.

- Deaver** (Philadelphie) — Appendicite chronique. *Médic. News*, Juin 1894.
- L'appendicite et les maladies des annexes. *Universal Médic. Journ.* Philadelphie, 1897.
- Delagénère** (du Mans). — Appendicite et pyosalpinx double. *Archives médicales*. Angers, 20 mars 1897.
- Appendicite et annexite. *Congrès de chirurgie*. (Comptes rendus), octobre 1897.
- Delbet**. — Traité des suppurations pelviennes.
- Doleris**. — Salpingite et appendicite. *Nouv. archives de Gynécol et Obstetric*. 1895.
- Annexite simulant l'appendicite. *Société obstetricale*, 14 octobre 1897.
- Dormoy**. — Appendicite à forme pelvienne. *Thèse*. Lyon, 1897.
- Duncan W.** — Une leçon clinique sur la paramétrite. *The Lancet*, janvier 1897. Numéro 3.827.
- Durand** de Lyon). — Ligament appendiculo-ovarien. *Progrès médical*. numéro 27, 1895.
- Fergusson**. — Situation de l'appendice (statistique) *The intern. journal of. medic. Sc.* 1891.
- Follet**. — Une forme exceptionnelle d'appendicite plastique. *Bull. de la Société Centrale de médec. du Nord*, août 1897.
- Hiram-Vineberg**. — Salpingite catarrhale aiguë. Ses analogies avec l'appendicite. *Medical Record*, novembre 1896.
- Harrington**. — Déviation de l'appendice faisant croire à une tumeur de l'ovaire. *Boston Médic. and Surgic. Journal*, 1891.
- Hasse**. — Ligaments de l'ovaire. *Arch. für. gynec.* IX, 1891.
- Hawkes**. — Adhérences de l'appendice avec un pyosalpinx. *Medic. and Surgic. Report of the Presbyterian. Hosp.* N Y. 1897.
- Hinkson**. — Appendicite et pyosalpinx. *Medic. Journal*, N. Y. 1891.
- Hunter Robb**. — Appendicite d'origine salpingienne. *Report of the Johns Hospital*. Baltimore, 1892.
- Jaggard**. — Appendicite suppurée et pyosalpinx double. *Americ. Journ. of obstetric*. N. Y. 1893.
- Jalaguier**. — Appendicite. *Tr. de chirurgie* (Duplay, Reclus). T. VI.
- Jonesco et Juvara**. — Anatomie des ligaments de l'appendice. *Progrès médical*, 1894.
- Keating**. — Salpingite aiguë et appendicite. *Intern. Mag. Philadelphie*, T. 1892.
- Kelway**. — Appendicite et adhérences ovariennes. *Medic. and Surg. reporter* Philadelphie, LXXII, 1892.

Kruger. — Rapports entre l'appendicite et les affections des organes génitaux de la femme. *Deutsche zeitsch f. chir.* XLV, 3, 4, 1897.

Lafforgue. — Situation de l'appendice. (Statistique). *Journ. intern. d'anatomie et de physiologie*, 1893.

Legueu. — Appendicite pelvienne. *Bull. Soc. anatomique*. 1892.

— Appendicite (Monographie Masson). 1897.

Lutaud. — Annexite et appendicite. *Société obstétricale*. 11 mars 1897.

Martinez. — Du diagnostic et traitement des appendicites. *Thèse*, Paris, 1891.

Maurin. — Essai sur l'appendiculite et la péritonite appendiculaire. *Thèse*, Paris, 1890.

Monod et Vanverts. — Appendicite, 1897.

Munde. — Pérityphlite et appendicite en leurs relations avec la gynécologie. *Medic. news.* N. Y. LXX. 1897.

Nevejean. — Diagnostic différentiel entre certaines formes d'appendicites et de salpingo-ovarites. *Thèse*, Paris, 1895-1896.

Pauchet. — Salpingo-ovarite double et appendicite. *Semaine gynécologique*, novembre 1897.

Picqué et Macé. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique des appendicites. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*. Février-mars, 1898.

Poirier. — Situation de l'appendice. *Traité d'anatomie*, T. IV, page 317.

— Ligament mésentérico-pariétal. *Id.*, page 326.

Pozzi. — Appendicite. *Bull. Soc. de Chir.*, 8 déc. 1888.

— Adhérences de l'appendice aux pyosalpinx droits. *Bull. Soc. de Chir.* Tome XVI, 1898, p. 750.

— Salpingites d'origine intestinale, *Id.* Tome XVI, 1890, p. 779.

— Parallèle de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale. *Traité de gynécologie*, p. 787.

— Salpingo-ovarites. *Traité de gynécologie*. 3^{me} édition, 1897.

Quénu. — Indications opératoires dans l'appendicite chronique. *Société de Chirurgie*. 1^{er} et 15 juin 1892.

— Traitement de l'appendicite chronique. *Journal des Praticiens*. Avril 1898.

Ricard. — Typhlite et appendicite. *Gazette Hôpitaux*, 1891.

— Remarques sur le diagnostic et traitement des appendicites. *Onzième Congrès international de méd. de Rome*, mars-avril, 1894.

Richelot. — De l'appendiculite chez la femme. *Société de Chirurgie*, 15 octobre 1897.

— Discussion sur appendicite et annexite. *Société obstétricale*, 8 avril 1897.

— Diagnostic de l'appendicite chez la femme. *Bulletin médical*, mars 1897.

Russel. — Appendicite et double salpingo-ovarite. *Tr. natur. élect. Mag. Ass. N. Y.* 1892-1893.

Schultze. — Ligaments de l'ovaire. *Arch. Gynec. B. D.* VIII.

Senn. — De l'appendicite oblitérante. *Journ. of the Améric. Médic. Ass.*, 24 mars 1894.

Skene. — Pyosalpinx compliqué d'appendicite. *Brooklyn Méd. Journ.* 1895.

Sonnemburg. — Appendicite et salpingite. *Soc. méd. int. de Berlin* décembre 1890

Talamon. — Appendicite et pérityphlite. *Biblioth., Charcot Debove* 1892.

Testut. — *Traité d'anatomie.* 1897. page 542.

Terrillon. — *Traité des salpingo-ovarites.*

Terrier. — Appendicite et annexite *Soc. de Chirurgie*, 29 octobre 1890.

— Résection à froid de l'appendice *Soc. de Chir.* 8 Juin 1892.

Treub. — Appendicite et paramérite. *Rev. de Gynécolog. et Chirug. abdominale.* Mars-avril 1897.

Trèves. — Torsion de l'appendice. *British médical* 21 avril 1893.

Tuffier. — Ligaments du cæcum.

— Opérations à froid pour appendicites à rechutes. *Soc. chirurg.* 5 juillet 1893.

Watkins. — Abscès des annexes et adhérences de l'appendice. *Chicago gynécol. Society.* 1894.

Wiggin. — *Medical Record.* Janvier 1892.

Williams. — Situation de l'appendice vermiforme. *Médic. News.* Philadelphie. 1895.

NOTA. — **Glantenay.** — Appendicite oblitérante atrophique. *Presse médicale.* 16 avril 1898.

Le Mans. — Typ. Ed. Monnoyer. — Avril 98.
